الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

BEHAVIORAL AND EMOTIONAL DISORDERS

الدكتور
مصطفى نوري القمش

الدكتور
خليل عبد الرحمن المعايطة



بسم الله الرحمن الرحيم

الاضطرابات
السلوكية والانفعالية

رقـــــم التصنيـــــف : 371.9
المؤلف ومن هو في حكمه: مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعايطة
عنـــــوان الكتـــــاب: الاضطرابات السلوكية والانفعالية
رقـــــم الايـــــداع :2870/10/ 2006
الـــواصفـــــــات: /التربية الخصة//اضطرابات السلوكية// السلوك
بيـــانـــات النـــشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع
* - تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى 2007 م - 1427 هـ

الطبعة الثانية 2009 م - 1429 هـ



عمان-العبدلي-مقابل البنك العربي
هاتف:5627049 فاكس:5627059
عمان-ساحة الجامع الحسيني-سوق البتراء
هاتف:4640950 فاكس:4617640
ص.ب 7218 - عمان 11118 الأردن

www.massira.jo

الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

BEHAVIORAL AND EMOTIONAL DISORDERS

الدكتور
مصطفى نوري القمش

الدكتور
خليل عبدالرحمن المعايطة



الإهداء

... إلى كل معلم مُخلص ... يعمل ليحوّل الملح شهدا.

... إلى كلِّ ولي أمرٍ صابر ... ليجعل من الشوكِ وردا.

... إلى كل من يقدّم يد العون والمساعدة لأولئك الأطفال الذين يتحدّث عنهم هذا الكتاب ...

... إليهم جميعاً نهدي جهدنا المتواضع هذا.

المؤلفان

الفهرس

الفصل الرابع : قياس وتشخيص الإضطرابات السلوكيّة والإنفعالية

الفصل الخامس : التدخّل التربوي والعلاجي
للمضطربين سلوكياً وإنفعالياً

الفصل السادس : أبرز أشكال الإضطرابات السلوكيّة

والانفعالية الشائعة لدى الأطفال





مقدمة

بسم الله وكفى .... وصلّى الله وسلّم وبارك على النبي الذي إصطفى محمداً صلى الله عليه وسلم، أما بعدُ:

فمن الطبيعي القول إن الإعداد السليم للطفل إنما هو تمهيد لإعداد أب وأم المستقبل الخالين من شوائب الترهات والأباطل وبمنأى عن الإرتجال، كما من البديهي القول أيضاً أن ما من أحد من الآباء إلا ويريد لطفله مستقبلاً باهراً ونجاحات مضطردة في الحياة وعلى مختلف الصُعد، وهم لا يدخّرون جهداً في سبيل هذه الغاية ولكن ... كيف السبيل، وهم يعتقدون أنهم قد فعلوا ما بوسعهم، ألم يقدّموا لهُ المأكل والشرب والنظافة والرعاية؟ غير أن الحقيقة غير ذلك تماماً، فهناك أمور في غاية الأهمية يجب العناية بها عند الطفل بالإضافة إلي الأمور التي تم ذكرها آنفاً، فيجب أن لا ننسى أنه إنسان بكل ما للكلمة من معنى، له الأحاسيس والمشاعر التي يجب مراعتها وتهذيبها منذ نعومة أظافره وإلا تعرّض لإضطرابات إنفعالية وسلوكية هددّت كل الآمال والأحلام التي ترنو لها الأسرة ويسعى إليها المجتمع السليم.

لذلك جاء هذا الكتاب ليضع بين يدي القارئ (والداً كان أو مربيّاً) معلومات عن مشكلات الطفل السلوكية والانفعالية التي تشغل بال كثير من التربويين وأولياء الأمور كما لها من تأثير على حياة الطفل النفسية والتربوية والاجتماعية. آملين أن يجد القارئ في هذا الكتاب ضالته في معرفة أسباب ما يراه من تصرفات تحيّره أحياناً عن طفله فيعرف كيف يُعالج هذه التصرفات ويقف منها الموقف السليم.

وتحديداً فقد جاءت فصول هذا الكتاب على النحو التالي:

الفصل الأول: يتناول المفاهيم والقضايا الأساسية في الإضطرابات السلوكية والانفعالية لذا فقد إحتوى هذا الفصل على تعريف الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، وعلى معدّلات شيوعها، كما تناول التصنيفات المختلفة للإضطرابات السلوكية والانفعالية وأخيراً بيّن أسباب الأضطرابات السلوكية والانفعالية بشكلٍ عام.

الفصل الثاني: وقد تم تخصيصه للحديث عن أبرز النظريات والإتجاهات التي بحثت في أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وتحديداً فقد تم تناول كل من النظريّة السلوكية، والبيوفسيولوجية، كما تم التطرّق لوجهة نظر كل من الإتجاه الديناميكي

والإتجاه التحليلي في تفسير حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

الفصل الثالث: وفيه تكلّمنا عن الخصائص والصفات التي تميّز الأطفال المضطربن سلوكياً وإنفعالياً، وتحديداً تم التحدّث عن الخصائص الانفعالية والاجتماعية والعقلية والأكاديمية والحركية، كما تم ذكر خصائص عامة يمتاز بها الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً على مختلف فئاتهم.

الفصل الرابع: وفيه تم تناول عمليّة قياس وتشخيص الإضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال، وتحديداً تم التطرّق إلى التشخيص البيولوجي، وكذلك التعرّف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية والتربوية، وإلى التقييم والتشخيص في الجوانب الإجتماعية وجوانب الصحة العقلية. وتم توضيح أهم الأساليب والأدوات المستخدمة في تشخيص الجوانب المختلفة المذكورة أعلاه.

الفصل الخامس: ويتناول التدخل التربوي والعلاجي للأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً، تحديداً تم التركيز على أبرز النظريات والإتجاهات التي قدّمت حلولاً تربوية علاجية للمشكلات السلوكية والإنفعالية التي يظهرها الأطفال وبشكل دقيق تمّ التحدّث عن كل من العلاج السلوكي، والعقلي العاطفي، والسيكوديناميي، والعلاج الجمعي والعلاج من خلال اللعب، والأسلوب النفسي - التربوي، والأسلوب البيئي.

الفصل السادس: فقد تناول أبرز أشكال الإضطرابات السلوكيه والإنفعالية الشائعة لدى الأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً من حيث التعريف والأعراض والأسباب وأساليب العلاج والوقاية ... الخ وتحديداً تم التحدّث عن أشكال الإضطرابات السلوكية والإنفعالية التالية:

التوحّد، النشاط الزائد وتشتت الانتباه، العدوان، الخجل والانسحاب الإجماعي، القلق، الإكتئاب، السرقة.

الفصل السابع: وفيه تم التحدّث عن كيفية إدارة سلوك الأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً من قبل المعلمين وآلية تصميم الغرفة الصفيّة للأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً، وذلك لمنع حدوث المشكلات السلوكية والإنفعالية أو العمل على الحد منها ما أمكن.

وختاماً نرجو من الله العلي القدير، أن نكون قد وفّقنا في جهدنا المتواضع هذا .... والله المستعان.

المؤلفان

الفصل الأول
مفاهيم وقضايا أساسية
في إضطرابات السلوك

- المقدمة
- تعريف الإضطرابات السلوكية
- مشكلات في تعريف إضطرابات السلوك
- معدّلات شيوع إضطرابات السلوك
- تصنيفات الإضطرابات السلوكية
- أسباب الإضطرابات السلوكية
- الوقاية من الإضطرابات السلوكية
- مراجع الفصل الأول

الفصل الأول

مفاهيم وقضايا أساسيه في إضطرابات السلوك

المقدمة

تعتبر الاضطرابات السلوكية إحدى ميادين التربية الخاصة الحديثة نسبياً، والمعرفة في هذا الميدان ما زالت حديثة مقارنة بميادين التربية الخاصة الأخرى. ونتيجة للإختلاف في طبيعة الاضطرابات السلوكية وأسبابها وعلاجها وكذلك نتيجة لتعدد اختصاصات واهتمامات المهنيين والباحثين، بالإضافة إلى تعقد الاضطراب نفسه وتداخله مع اضطرابات أخرى جعلت الباحثين يميلون إلى استخدام مصطلحات متعددة للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص فمن المصطلحات التي أُستخدمت للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص الاضطرابات الانفعالية (Emotional Disturbances) أو الإعاقة الانفعالية (Emotional Impairment) .

إلا أن التوجهات الحديثة في التربية الخاصة تميل إلى استخدام مصطلح الاضطرابات السلوكية (Behavioral Disorders) وذلك للأسباب التالية:

- إن مصطلح الاضطرابات السلوكية يصف السلوك الظاهر الذي يمكن التعرف عليه بسهولة وبالتالي وضع أساليب علاجية له.
- إن مصطلح الاضطرابات السلوكية لا تتضمن إفتراضات مسبقة حو ل أسباب الاضطراب، بالتالي فهو مفيد للمعلمين بشكل أكبر (Kauffman, 1989).

تعريف الاضطرابات السلوكية

لقد ظهرت تعريفات عديدة لاضطرابات السلوك، ولكن لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات وذلك للأسباب التالية:

1 - عدم الاتفاق بين الباحثين على معنى السلوك (السوي) أو الطبيعي أو حول مفهوم الصحة النفسية، وبالتالي انعكس ذلك على صعوبة تحديد الانحراف أو الشذوذ عن

الحد الطبيعي، إذ لا يستطيع الباحثون الاتفاق على غياب الصحة النفسية في حين أنهم غير متفقين أصلاً على تعريف ما المقصود بالصحة النفسية.

2 - عدم الاتفاق بين الباحثين على مقاييس وإختبارات لتحديد السلوك المضطرب وهذا ناتج عن عدم الاتفاق بينهم أساساً على مفهوم السلوك ((السوي)) أو الطبيعي.

3 - تعدّد واختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطرابات السلوك وأسبابها واستخدام مصطلحات وتعريفات وتسميات تعكس وجهات النظر المختلفة.

4 - التباين في المعايير والسلوك المتوقع من الأشخاص الذي قد تتبناه مجموعة أو أكثر في المجتمع في الحكم على اضطراب السلوك.

5 - ظهور اضطرابات السلوك لدى فئات الإعاقة المختلفة قد يجعل من الصعب أحياناً تحديد هل الاضطراب في السلوك ناتج عن الإعاقة التي يعاني منها الشخص أم هي سبب في تلك الإعاقة. (Paul & Epanchin, 1992).

وللتغلب على هذه المشكلة (صعوبة وجود تعريف محدد للاضطرابات السلوكية) تم الاحتكام على عدد من المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب أو شاذ وهذه المعايير هي:-

1- تكرار السلوك (Frequency): ويقصد بذلك عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة.

2 - مدّة حدوث السلوك (Duration): ويقصد به المدة الزمنية التي يستمر فيها حدوث السلوك.

3 - شدة السلوك (Magnitude): ويقصد به التطرّف في شدة السلوك فإما أن يكون غير مرغوب فيه وقوياً جداً أو مرغوب فيه وضعيفاً جداً.

كذلك فقد استخدم المهتمون في هذا المجال معاييراً أخرى شائعة للتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ وهذه المعايير هي:

- **المعيار الإحصائي:**

ويقصد به الندرة الإحصائية، إذ يعتبر سلوك الفرد شاذاً إذا انحرف بشكل ملحوظ عن المتوسط الحسابي، فالأفراد الذين تشبه سلوكاتهم أغلبية الناس يوصفون بأنهم عاديون، وبالمقابل فإن الأفراد الذين تختلف سلوكاتهم عن الأغلبية بشكل ملحوظ يوصفون بأنهم شواذ.

- المعيار النفسي الموضوعي:

ويتضمن تحليل الحادثة السلوكية بطريقة موضوعية وإجراء الإختبارات النفسية وجمع البيانات عن طريق دراسة الحالة والوصول إلى تشخيص اكلينيكي وتحديد الانحراف عن الصحة النفسية المثالية.

- المعيار الاجتماعي:

ويقصد به الاحتكام إلى عادات وتقاليد وقيم المجتمع. فيعتبر السلوك شاذاً إذا خالف عادات وتقاليد المجتمع وطبيعياً أو سوياً إذا توافق مع هذه العادات والتقاليد.

وهناك معايير تميز بين السلوك السوي والشاذ منها: الذاتي والمثالي والقيمي والمرضي والطبيعي.

وفيما يلي عرض لأهم التعريفات ذات العلاقة بالإضطرابات السلوكية أو الاضطرابات الإنفعالية:

لقد عرف كوفمان (Kauffman) الأشخاص المضطربين في السلوك بأنهم "أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعياً، أو يستجيبون بطرق غير مناسبة والذين يمكن تعليمهم سلوكات اجتماعية وشخصية مقبولة".

كما يعرف رينرت (Reinert) الطفل المضطرب "بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي، أو على تحصيل أقرانه، بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين". (التمش والإمام، 2006، ص: 267)

كما يرى روس (Ross) أن الاضطراب النفسي يظهر عندما يقوم الطفل بسلوك ينحرف عن المعيار الاجتماعي بحيث أنه يحدث بتكرار وشدة حتى أن الكبار الذين يعيشون في بيئة الطفل يستطيعون الحكم على هذا السلوك.

ومن التعريفات الأكثر قبولاً للاضطرابات السلوكية أو الانفعالية الذي حصل على دعم كبير هو التعريف الذي طوّره بور (Bower 1969 / 1978) وأُدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين، يعرّف بور اضطرابات السلوك أو الاضطرابات الانفعالية لغايات التربية الخاصة بأن الأطفال المضطربون يجب أن تتوافر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترة زمنية:

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مُرضية مع المعلمين والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.

- مزاج عام من الكآبة والحزن.
- الميل لتطوير أعراض جسمية، آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية. (Hallahan & Kauffman, 1991).

هذا ولقد اقترح (السرطاوي وسيسالم، 1987) في كتابهما المعاقين أكاديمياً وسلوكياً، وضع التعريفات الخاصة بالاضطرابات السلوكية في مجموعات وذلك لتسهيل التعرف عليها ودراستها، وهذه المجموعات هي:

أولاً: مجموعة التعريفات ذات المنحنى الاجتماعي

أ- تعريف روس 1974 :

(الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد).

ب- تعريف كوفمان 1977م :

(إن الأطفال المضطربين سلوكياً هم أولئك الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة اجتماعياً، وغير مرضية شخصياً، وذلك بشكل واضح ومتكرر، ولكن يمكن تعليمهم سلوكاً اجتماعياً وشخصياً مقبولاً ومرضياً).

جـ- تعريف هويت 1963م :

(إن الطفل المضطرب انفعالياً هو الفاشل اجتماعياً، والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه، وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه ووضعه الاجتماعي بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكاً غير متوافق ويمكن أن يعرّض صاحبه لمشاكل خطيرة في حياته).

أهم ما تشير إليه تلك التعريفات:

1 - السلوك المضطرب هو سلوك غير مقبول اجتماعياً.
2 - السلوك المضطرب متكرر الحدوث.
3 - إن الكبار في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد هم الذين يحكمون على نوعية السلوك.
4 - هناك إمكانية لتعديل السلوك غير المقبول واكتساب سلوكات مقبولة.

5 - أهمية اعتبار العمر والجنس والوضع الاجتماعي عند الحكم على السلوك.

6 - إن الاضطرابات السلوكية تعرض الطفل لمشاكل خطيرة في حياته.

ثانياً: التعريفات ذات المنحى النفس- اجتماعي

أ- تعريف سميث ونيتورث 1975م :

استخدم كل من سميث ونيتورث مصطلح سوء التكيف الاجتماعي للدلالة على الاضطرابات السلوكية، وأشارا إلى أن مشاكل التكيف تنقسم إلى قسمين كبيرين هما الاضطراب الانفعالي، وسوء التكيف الاجتماعي، فغالباً ما نجد أن أي فرد من الأفراد يمر بخبرات من سوء التكيف في الحياة، وأن مثل هذه الخبرات تكون عادية إذا ما استمرت لفترة زمنية قصيرة ولم تتكرر. فالاضطراب الانفعالي هو مصطلح عام يستخدم للدلالة على حالات كثيرة غير محددة بدقة مثل الأمراض العقلية، والذهان، والعصاب، والمخاوف المرضية، والاجترارية (اوتزم) وغيرها، وأن كل واحدة من هذه الاضطرابات لها خصائصها التي تفصلها وتميزها عن غيرها، وبوجه عام فإن الأطفال الذين يظهرون أنماطاً من الاضطرابات الانفعالية غالباً ما يكونون عدوانيين، أو انسحابيين، أو كليهما معاً، ولا تتمثل مشكلتهم الأساسية بالخروج عن القواعد والعرف والثقافة الاجتماعية فقط بل إنهم أيضاً عادة ما يكونون أفراداً غير سعداء.

أمّا سوء التكيف الاجتماعي فيشتمل على السلوك الذي يخرج على القواعد الاجتماعية، فالسلوك قد يكون مقبولاً في إطار ثقافة الطفل المحلية ولكنه قد لا يكون مقبولاً في مجتمع آخر.

ب- تعريف جروبرد 1973م :

(الاضطرابات الانفعالية هي تشكيلة من السلوكيات المنحرفة والمتطرفة بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار (مزمنة)، وتخالف توقعات المُلاحِظ، وتتمثل في الاندفاع، والعدوان، والاكتئاب، والانسحاب).

جـ- تعريف هارنج وفيلبس 1962م :

(إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية هم أولئك الذين لديهم مشاكل خطيرة قليلة كانت أو كثيرة مع الأفراد الآخرين (الأقران، الأهل، المدّرسين)، وهم أولئك الأطفال غير السعداء أو غير القادرين على تقديم أنفسهم بطريقة تتناسب مع قدراتهم واهتماماتهم، وبشكل عام فإنه يمكن القول بأن الطفل المضطرب انفعالياً هو الذي يتعرض للفشل بشكل كبير في حياته بدلاً من النجاح).

د- تعريف نيوكمر 1980م :

(الاضطراب الانفعالي هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤذي فيه نفسه والآخرين، وفي هذه الحالة نقول أن هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي).

أهم ما تشير إليه تلك التعريفات:

1 - الاعتماد على اتجاهات الملاحظ الذي يقوم بملاحظة سلوك الفرد في تفسير طبيعة ونوعية السلوك.

2 - الاندفاع، العدوان، الاكتئاب، الانسحاب، والخروج عن القواعد والعرف الاجتماعي تعتبر من خصائص المضطربين سلوكياً.

3 - ارتباط الشعور بعدم السعادة بالاضطراب الانفعالي والسلوكي.

4 - ارتباط الفشل المتكرر بالاضطراب الانفعالي والسلوكي.

ثالثاً: التعريفات ذات المنحى التربوي

أ- تعريف هويت وفورنس 1974 م:

(الطفل المضطرب سلوكياً هو الطفل غير المنتبه في الفصل (الصف) ، منسحب، غير منسجم، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المدرس والمدرسة).

ب- تعريف لامبرت وباور:

(الطفل المضطرب انفعالياً هو الذي يتراوح معدل انخفاض سلوكه بين المتوسط والحاد، وإن هذا الانخفاض في السلوك يعمل بدوره على تخفيض قدرته على أداء واجباته الدراسية بفاعلية، كذلك في تفاعله مع الآخرين، مما يؤثر على خبراته الاجتماعية والتربوية ويجعله عرضة لواحدة أو أكثر من النماذج السلوكية الخمسة التالية بشكل واضح:

1 - عدم القدرة على التعلم التي لا ترتبط بالعوامل العقلية، أو الحسية، أو العصبية أو بالصحة العامة، وإنما ترتبط بالمشاكل السلوكية.

2- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع الأقران، والمدرسين والاحتفاظ بهذه العلاقات.

3- أنماط غير ملائمة أو غير ناضجة من السلوك والمشاعر في الظروف العادية.

4- مزاج عام من الشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.

5- ميل لظهور أعراض جسمية مثل مشاكل في النطق والكلام وآلام في الجسم، ومخاوف مرتبطة بمشاكل شخصية أو مدرسية.

جـ- تعريف وودي 1969 م :

(إن الطفل المضطرب انفعالياً هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع أن يتكيف مع معايير السلوك المقبولة اجتماعياً مما يؤدي إلى تدهور تقدمه الدراسي، والتأثير على زملائه في الفصل، كذلك تدهور علاقاته الشخصية مع الآخرين).

أهم ما تشير إليه التعريفات:

1- التركيز على السلوك والأداء الدراسي.

2- تأثير الخبرات الاجتماعية والتربوية بالاضطرابات السلوكية.

رابعاً: التعريف ذو المنحى القانوني:

أ- تعريف كفارسيوس وميلر:

استخدم كل من كفارسيوس وميلر مصطلح جنوح الأحداث للدلالة على الاضطرابات السلوكية لأن الأحداث الجانحين يُظهرون كثيراً من المشاكل السلوكية المشابهة لمشاكل الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، فقد عُرّف جنوح الأحداث من الوجهة القانونية بأنه: (عبارة عن سلوك يصدر من الصغار ينتهكون فيه معايير وقوانين عامة، أو معايير مؤسسات اجتماعية خاصة وذلك بشكل متكرر وخطير بحيث يستلزم إجراءات قانونية ضد من قاموا بهذه الانتهاكات سواء كان فرداً أو جماعة).

ويشير هذا التعريف إلى أربعة متغيرات معتمدة عند وصف الحدث بالجنوح:

1- خطورة الانتهاك أو المخالفة.

2- شكل أو نمط المخالفة.

3- تكرار المخالفة.

4- سلوك الفرد السابق وشخصيته.

مشكلات في تعريف اضطرابات السلوك

يستطيع بعض الأخصائيين من غير الأطباء النفسيين وصف بعض الأطفال بأنهم يعانون من اضطرابات في السلوك، إلا أن النقل في الرأي يُسند في كثير من المجتمعات إلى الأحكام التي تصدر عن أحد الأفراد المدرّبين على تشخيص الأمراض العقلية وعلاجها وهو الطبيب النفسي عادة، يرى كوفمان 1981 أن الانصياع لرأي الطب النفسي في حالات اضطرابات السلوك يقوم على سند قوي من تاريخ طويل لمهنة الطب النفسي من ناحية، كما يرجع إلى وجود مشكلات في التعاريف ترتبط بنماذج من المفاهيم وطرق قياس الشخصية والتوافق وبعض الظواهر السلوكية من الناحية الأخرى.

ظل رأي الطب النفسي لفترة طويلة من الزمن يميل إلى نموذج مبني على مفاهيم الديناميات النفسية التي تقوم بشكل جوهوي على بعض المتغيرات الافتراضية التي لا تقبل التثبت من صحتها من خلال الدراسات الواقعية، هذا النموذج السيكوديناميمي جعل من تعريف اضطرابات السلوك سرّاً من الأسرار، كما جعل عمليات تشخيص هذه الاضطرابات وتصنيفها لغزاً غامضاً، وبالإضافة إلى ذلك ليست هناك اختبارات لها درجات كافية من الصدق والثبات بحيث يمكن من خلالها عزل الأفراد الأسوياء عن الأفراد المضطربين وترتّب على ذلك أن التعرف على اضطرابات السلوك أصبح-إلى حد بعيد- مسألة حكم تقديري بالنسبة لكل حالة فردية حتى إذا كان الأخصائيون ممن يعتنقون اتجاهات ومبادئ سلوكية في معظمها.

وفيما يلي نناقش أحد الأمثلة لتعاريف الاضطرابات الانفعالية وهو ذلك التعريف الذي يأخذ به مكتب (تعليم المعوقين) في الولايات المتحدة الأمريكية، كان هذا التعريف قد اقترحه في الأصل (باور) 1969 وينص التعريف على أن الطفل يعتبر معوقاً انفعالياً إذا ما امتلك واحدة أو أكثر من الخصائص الخمس التالية بدرجة واضحة وعلى مدى فترة طويلة نسبياً من الزمن، وهذه الخصائص هي:

1- عدم القدرة على التعلم التي لا يمكن تفسيرها على أساس عوامل عقلية أو حسية أو صحية.

2- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية متبادلة على مستوى مرضٍ، أو عدم القدرة على الاحتفاظ بمثل هذه العلاقات مع الزملاء والكبار.

3- وجود أنماط غير ملائمة من السلوك أو المشاعر في ظل ظروف الحياة العادية.

4- وجود حالة مزاجية عامة من عدم الشعور بالسعادة أو الشعور بالاكتئاب.

5 - ميل إلى تطوير أعراض جسمية أو آلام أو مخاوف ترتبط بمشكلات شخصية أو مدرسية.

على أن النص في التعريف على المبادئ (بدرجة واضحة) و (على مدى فترة طويلة نسبياً من الزمن) تعتبر محكّات تفتقر إلى التحديد الموضوعي، كذلك فإن كل خاصية من الخصائص الخمس التي حددت في التعريف لا يتوافر لها معيار موضوعي يتميز بالثبات والصدق، وترتب على ذلك ضرورة الاعتماد على الحكم، أي التقدير الذاتي للأخصائي لمدى خطورة الاضطراب حتى لو كان هذا الأخصائي قد استخدم بعض المقاييس الموضوعية لأشكال معينة من السلوك كجزء من عملية التقييم.

وأخيراً نختم وصفنا لمفهوم الاضطرابات السلوكية والتعريفات المقترحة لها بتحديد ثلاثة محكّات رئيسية يمكن اعتمادها للحكم على السلوك المضطرب وهي:

1- انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً.

2- درجة ومدة تكرار السلوك.

3- اختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات.

وعليه فقد اعتمد تعريف روس، 1974م السابق على أنه أشمل التعريفات التي يمكن اعتمادها كتعريف للاضطرابات الانفعالية والذي ينص على: (أن الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد). (القاسم وآخرون، 2000، ص 21-19).

معدلات شيوع اضطرابات السلوك

لا توجد تقديرات مؤكدة حول انتشار اضطرابات السلوك، حيث تشير الدراسات إلى اختلاف واضح في تقديرات انتشار اضطربات السلوك تُعزى للتباين في التعريفات المستخدمة، وكذلك للتباين في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين، بالإضافة إلى اختلاف المنهجية المستخدمة من قبل الباحثين لتحديد أعداد الأفراد المضطربين. التقديرات المتحفظة تشير إلى نسبة أقل من (1٪) في حين أن التقديرات غير المتحفظة تشير إلى أكثر من (20٪) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك، إن هذا

التباين في نسب التقديرات يعكس مدى الاختلاف في الأسس المستخدمة لتحديد المضطربين في السلوك.

وباستعراض مختلف الدراسات حول مدى انتشار اضطرابات السلوك يمكن الإشارة إلى أن ما نسبته (2٪) إلى (3٪) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك، وهذه الاضطرابات بدرجة متوسطة أو شديدة، أمّا إذا أُخذت الاضطرابات البسيطة أيضاً فإن النسبة تزيد وقد تصل إلى (10٪) من الأطفال في سن المدرسة.

أما فيما يتعلق بالمقارنة بين انتشار اضطرابات السلوك عند الذكور وانتشارها عند الإناث فتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطرابات السلوك لدى الذكور تفوق بشكل واضح نسبة انتشارها لدى الإناث، إذ أنها عند الذكور ضعف الإناث أو قد تصل أحياناً إلى 5:1.

هذا، وتختلف طبيعة اضطرابات السلوك عند الذكور مقارنة بالإناث، إذ يميل الذكور إلى السلوك الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى في حين تميل الإناث إلى السلوك الموجه نحو الداخل كالخجل والحساسية والقلق والانسحاب الاجتماعي.

أما فيما يتعلق بالعلاقة بين انتشار اضطرابات السلوك والعمر فتشير الدراسات إلى أن الاضطرابات تكون قليلة في الصفوف الابتدائية الأولى وأن هذه الاضطرابات تزداد في الصفوف المتوسطة ثم تميل إلى الانخفاض في الصفوف العليا.

(القريوتي وآخرون، 1995م، ص: 233 - 231).

تصنيفات الاضطرابات السلوكية

ظهرت العديد من التصنيفات للإضطرابات السلوكية، وذلك اعتماداً على الاتجاهات النظرية في تفسير هذه الاضطرابات وفيما يلي عرض لأهم هذه التصنيفات:-

أولاً : تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (Diagnostic and Statistical Manal of Mentel Disorders) ويرمز له برمز (DSM):

وهو تصنيف يصدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) وهو الأكثر استخداماً من قبل الأطباء النفسيين، ويعتمد هذا التصنيف على وجهة نظر الطب النفسي في النظر إلى الاضطرابات في السلوك والذي يركز على الاضطرابات في الجانب الانفعالي وتبنّي وجهة النظر الطبية التي تفترض وجود أسباب داخلية لاضطرابات السلوك.

تصنّف اضطرابات السلوك في هذا النظام التصنيفي تحت بند الاضطرابات التي تنشأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة وتشمل ما يلي:

- في الجانب الذكائي ويشمل: الإعاقة العقلية.
- الاضطرابات السلوكية وتشمل: اضطرابات الانتباه، واضطرابات التصرف.
- الاضطرابات الانفعالية وتشمل: قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.
- الاضطرابات الجسمية وتشمل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية، اضطربات أخرى.
- الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد.

ويعتمد هذا التصنيف على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك والذي يركّز في الأساس على العوامل الداخلية كأسباب للاضطرابات والأمراض، وإن المظاهر المرضية ما هي إلا أعراض للأسباب الأساسية والتي تكون داخلية. إن النقد الأساسي لهذا التصنيف أنه يصنّف الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة على أنها اضطرابات عقلية ويتم التعامل معها على هذا الأساس. (Smith & Rasson, 1992)

ثانياً: تصنيف النظام السلوكي:

يعتمد النظام السلوكي في تصنيف اضطرابات السلوك على وصف سلوكي للبعد أو مجموعة الأبعاد، ثم وضع السلوكات التي تنطبق عليها هذه الصفات في مجموعة واحدة، ومن الأمثلة على ذلك تصنيف كوفمان (Kauffman, 1987) حيث يصنّف اضطربات السلوك إلى ما يلي:

1- الحركة الزائدة، والتخريب، والاندفاعية.
2- العدوان.
3- الانسحاب، وعدم النضج، والشخصية غير المناسبة.
4- المشكلات المتعلقة بالنمو الخلقي والانحراف.

ثالثاً: التصنيف المعتمد على استخدام أسلوب التحليل العاملي:

لقد استخدم كوي (Quay) أسلوب التحليل العاملي للوصول إلى تصنيف يعتمد وضع الصفات في مجموعة متجانسة حيث قسم اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

1- اضطرابات التصرف: وتتضمن عدم الطاعة، والإزعاج، والمشاجرة مع الآخرين. (السرطاوي وسيسالم، 1987).

2- الاضطرابات الانفعالية وتشمل: قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.

3- الاضطرابات الجسمية وتشمل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية، اضطرابات أخرى.

4- الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد.

يتميز هذا النظام التصنيفي بأنه يركز على تسمية الاضطراب ووصفه بصورة واضحة وهذا يجعله يختلف عن التصنيفات الأخرى ضمن هذا النظام، كما أنه يتضمن معلومات أكثر عن الشخص المراد تشخيصه، إذ يتطلب هذا التصنيف معرفة أربعة جوانب أساسية عن الشخص أو الحالة. ولكن النقد الموجه لهذا النظام هو أنه يصنّف اضطربات الأطفال على أنها اضطرابات عقلية، وهو كذلك يعتمد على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك والتي تركز في الأساس على العوامل الداخلية، كأسباب للاضطرابات كما هو الحال بالنسبة للأمراض الجسمية.

رابعاً: التصنيف اعتماداً على شدة الاضطراب السلوكي:

حيث تصنّف الاضطرابات السلوكية حسب هذا التصنيف إلى الفئات التالية:

1- اضطرابات السلوك البسيطة: وهي أكثر شيوعاً ولا تحتاج إلى إجراءات تدخل علاجي وتربوي كبير وتشمل مشكلات سوء التكيف البسيطة والمشكلات والضغوط الموقفية.

2- اضطرابات السلوك المتوسطة: وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مثل السلوكات الموجهة نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى، والسلوكات الموجهة للداخل كالقلق والانسحاب الاجتماعي والخوف المرضي.

3- اضطرابات السلوك الشديدة: وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مكثف مثل حالات ذهان الطفولة أو فصام الطفولة. (Heward & Orlansky, 1988)

أسباب الاضطرابات السلوكية

لا تزال حلقات البحث في الاضطرابات السلوكية والانفعالية تسعى للتعرف وبدقة على الأسباب الكامنة وراء ظهور هذه الاضطرابات، لكن الجهود التي بذلت في هذا الميدان وضعت خطوطاً عامة للتعرف على ماهية الأسباب. فقد ينتج من تفاعل عوامل متعددة بعضها يتعلق بالعوامل البيولوجية، وربما العوامل الموروثة، والعوامل الكيميائية، ومجموعة أخرى من العوامل تتعلق بالحالات النفسية والانفعالية. ومجموعة ثالثة تتعلق بالجوانب الاجتماعية والبيئية.

ونظراً لكثرة البحوث والدراسات التي أفادتنا بنتائجها تجعلنا أن نقرر بأن هذه الاضطرابات مركّبة من عدة أسباب ومتعددة الجوانب، ولم يكن هناك سبب واضح يمكن تحديده، وعليه فمن الأفضل، وتوخياً للدقة هو أن نستعرض أهم العوامل التي بتفاعلها مع بعضها قد تسبب هذه الاضطرابات ومن أهم هذه العوامل هي:

- المجال الجسمي والبيولوجي.
- مجال العائلة أو الأسرة.
- مجال المدرسة.
- مجال المجتمع.

1- المجال الجسمي والبيولوجي:

ظهر الاعتقاد بأن أسباب الاضطرابات وراثية وذلك من ملاحظة ارتفاع معدل حدوثها في عائلات معينة دون الأخرى. إن أفضل الأساليب للبحث في الكشف عن مدى تأثير العوامل الوراثية لظهور مثل هذه الاضطرابات هو دراسة التوائم المتماثلة التي نشأ كل منهما بعيداً عن الآخر لتجنب تأثير التنشئة الأسرية. وقد أجرى الكثير من الباحثين مثل هذه الدراسة، وأظهرت نتائجها أنه لو حدث وأصيب أحد التوائم المتماثلة بمرض الفصام مثلا، فإن الآخر سوف يصيب في وقت ما بنسبة (35%) حتى لو نشأ كل منهما بعيداً عن الآخر. وهذا يدلل أن معدل حدوث هذه الاضطرابات يصل تقريباً إلى أربعين ضعف معدل حدوثه بين سائر الأفراد.

كما ثبت وجود علاقة موجبة بين هذه الاضطرابات مثل الهوس والاكتئاب وبين أمراض القلب وتصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدم وببعض الالتهابات مثل: الأنفلونزا، والتيفوئيد والتغيرات الهرمونية أثناء الولادة، والطمث وسن اليأس. كما أن ارتفاع كمية الأملاح في الجسم والدم كالصوديوم تزيد من الاضطرابات الانفعالية وترفع كمية السوائل فيه وكذلك اضطرابات الغدة الدرقية والغدة الكظرية.

ودلت البحوث الكيميائية المختبرية على وجود علاقة بين زيادة أو انخفاض بعض المركبات والتفاعلات الكيميائية في الجسم من جهة والاضطرابات الانفعالية من جهة أخرى. وتوصلوا إلى نتيجة تفيد بأن التغيرات الكيميائية من شأنها أن تخل بالتوازن الدقيق بين الجهاز العصبي السمبتاوي وبين الجهاز العصبي الباراسمبتاوي.

وفي ضوء هذه الحقيقة العلمية نستطيع القول بأنه أياً كان تأثير العوامل الوراثية، فإن ذلك التأثير لا يتعدى إلا أن يزوّد الفرد بإمكان حدوث المرض (استعداد بيولوجي)، وأن ثمة

عوامل أخرى لا بد من توافرها لكي يتحول ذلك الإمكان إلى حقيقة فعلية، وإذا كانت الموروثات الجينية تحمل تلك الإمكانية، فلا بد لها من أن تلتقي بعوامل أخرى منشطة، وربما تحدث في فترة لاحقة من حياة الفرد.

ويمكن القول إن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم ولأمزجتهم. ويقول البعض إن تلك السلوكيات يمكن تغييرها من خلال عملية التنشئة، والبعض الآخر يعتقد أن تلك السلوكيات وخصوصاً لدى ذوي المزاج الصعب قد تتحول إلى اضطرابات. (يحيى ، 2003 ، ص 32)

2- مجال العائلة والأسرة:

تتخلل العلاقات الشخصية والاجتماعية نشاطات الإنسان طيلة حياته، وتلعب العلاقات الأسرية دوراً بالغ الأهمية في تشكيل شخصية وسلوك الأطفال، حيث يعتبر أن العديد من السمات التي تتعلق بالتفاعل بين الوالدين وأطفالهما من العوامل المساعدة على حدوث الاضطرابات السلوكية لهؤلاء الأطفال، فمن الضروري أن تكون علاقة الطفل بوالديه جيدة أو في حدود الوضع الأسري الطبيعي.

فأغلب الأخصائيين يعزون أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكّر للطفل وإن معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلاً إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه. ((Smith & Luckason (1992)).

كذلك إن عدم الانسجام في البيت يؤدي إلى سوء سلوك الطفل في المدرسة، وكذلك علاقة الطفل مع إخوانه، وتفضيل الوالدين لأحد الأطفال على إخوته يخلق مشكلات سلوكية بين أفراد العائلة، أما إذا عاملت الأسرة أطفالها بقسوة وشدة، وتجاهلت حاجاتهم ومطالبهم ولم تقدم لهم الحب والعطف والرعاية المناسبة فمن المتوقع أن ينعكس ذلك سلبا على سلوك أطفالها في شكل سلوك منحرف، إن البيوت غير المنظمة، والمحطّمة تعتبر صالحة لظهور هذه الاضطرابات بين الأطفال، والسبب هو صعوبة أن تقوم الأم بدون زوج بوظيفة رعاية أطفالها.

كما تمت دراسة تأثير الخبرات الأسرية المبكّرة من جانب عدد كبير من الباحثين، وأظهرت هذه الدراسات أن عدداً من العوامل السائدة في المحيط الأسري وبصفة خاصة العلاقة بين الأم والطفل، وعلاقة الأب بالطفل، والعلاقة بين الطفل وإخوته، ترتبط

بانحرافات السلوك، كما أظهرت مجموعة من الدراسات أن أساليب تنشئة الأطفال التي تظهر فيها الأساليب غير المتّسقة للضبط والنظام والتي تتسم بالرفض والعنف من جانب الوالدين، ترتبط ارتباطاً إيجابياً باضطراب السلوك (عبد الرحيم، 1990).

ومما يعزز هذه النتائج تلك الحقيقة القائلة بأن الفرد صاحب السلوك المضطرب غالباً ما يكون قد عانى في طفولته من وطأة مشاعر سلبية قوية مثل التوتر، والخوف، والقلق، والشعور بالعداء، وفقدان الدفء والحنان، فقد وجد أن 40% من الأولاد الجانحين جاءوا من منازل غائب الأب فيها، ومع ذلك فليست كل البيوت المحطمة تنتج سلوكاً مضاداً للمجتمع ولكن يجب اعتبار أن البيوت المحطمة من الأسباب الأولية المساعدة في خلق أفراد لديهم اضطرابات سلوكية وانفعالية وبالتالي يكون سلوكهم مضاد للمجتمع.

3- مجال المدرسة:

تعتبر المدرسة المكان المناسب لتعليم الأطفال، وتزويدهم بالمعلومات والمهارات الضرورية لذلك يجب أن تتمتع المدرسة بوضع وخصائص مناسبة كالموقع المناسب، الإدارة التربوية الجيدة، التنظيم، المعلمين، المناهج ... الخ، وهذا يساعد على تقديم افضل الخدمات التعليمية، ويبدو أن خصائص المدرسة قد تسهم في حدوث الاضطرابات السلوكية وتزيد من احتمال التعرض له، كما أن المنهج غير المدروس يتسبب في إيجاد مشكلات سلوكية لأنه لا يلبي حاجات الطلاب بجميع مستوياتهم العقلية.

ويذكر أن الكثير من متخصصي التربية يميلون إلى الاهتمامات بصورة متزايدة بالصغار الذين يقومون بتجاوزات سلوكية داخل الصف، ومن الأمثلة على السلوكيات التي يجد الكبار أنها تعوق مواقف التعلم داخل الصف ما يلي:

القيام بضوضاء كبيرة، والشجار بصورة مفرطة، والتلفظ بعدد كبير من العبارات العدوانية، والتحرك داخل الصف لفترات طويلة.

ولعل الكثير من المعلمين يشعرون بالارتباك عندما يتحدّثون مع الأطفال ذوي المشكلات السلوكية، وقد يكون السبب وراء ذلك هو خوفهم من رفض الأطفال لهم أو رفضهم هم للأطفال، كذلك قد يسبب المعلمون في بعض الأحيان السلوكيات المضطربة أو يزيدون من حدتها، ويحدث هذا عندما يدير المعلم غير المدرَّب الصف، أو عندما لا يراعي الفروق الفردية، وقد يلجأ بعض الطلبة إلى القيام بالسلوكيات المضطربة لتغطية قضية أُخرى مثل صعوبة التعلم (يحيى، 2000، ص34)

وهذا مع انه من الصعب تدريس الطلبة الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية في الصف العادي، ويصبح السلوك مشكلة عندما ينحرف كثيراً عن سلوك الأطفال العاديين في غرفة الصف بحيث يعيق هذا السلوك التطور النمائي للطفل أو للأطفال الآخرين.

4- مجال المجتمع:

تعتبر العوامل الاقتصادية ذات تأثير نافذ في حياة كل أسرة أو فرد ومن الصعب تجاهلها أو التقليل من شأنها، فيذكر أن ما يقارب من 7% من الأطفال يظهرون مشكلات تعليمية في المدرسة ويخفقون في التكيف والتوافق مع المؤسسات في المجتمع.

ومن المسلّم به أن المستوى الاقتصادي له من الأهمية ما يجعله قادراً على تحسين ظروف الحياة لأي أسرة أو مجتمع، ومن أهم العوامل التي تتبئ بسوء الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسر والمجتمعات: الفقر، والازدحام الزائد بالمنزل، والبطالة، والعيش على المعونات الاجتماعية، والظروف المنزلية السيئة تعد من أهم العوامل التي تزيد من مخاطر تعرض الأبناء للاضطرابات السلوكية (Ary, 1996)

وبينت الدراسات التي أجريت في كثير من الدول مثل الولايات المتحدة وإنجلترا، حقيقة أن إعداد الأطفال الذين ينسحب عليهم مفهوم الفقر في تزايد مستمر، وإن الفقر يعد من أقوى المتغيرات التي تتبئ بإصابة الأطفال بالاضطرابات السلوكية.

فعلى سبيل المثال نجد أن المصادر المالية المحدودة للأسرة تقلل من احتمالات الإشراف الجيد على الطفل والرقابة الجيدة عليه ورعايته، خصوصاً أثناء غياب الوالدين عن المنزل، ومن ثم يعد سوء المستوى الاقتصادي والاجتماعي من بين تلك العوامل التي تزيد من احتمال تعرض الأطفال للاضطرابات السلوكية (Ary, 1996)

إن عوامل الفقر والحرمان، والضغوط الاجتماعية، والهجرة والانتماء لأقلية اجتماعية، من شأنها أن تعمل على ارتفاع معدل حدوث هذه الاضطرابات.

ولقد دللت دراسات أُجريت للكشف عن مدى تأثير العوامل الاجتماعية في درجة حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى أن العوامل الاجتماعية تقلل من تقدير الذات لدى الفرد مما يسهل ذلك حدوث اضطراب نفسي.

الوقاية من الاضطرابات السلوكية:

تتضمن هذه الخدمات العناية بالأم الحامل قبل وبعد علمية الولادة وأثنائها، واجراء الفحوصات الجسدية والعقلية العامة والمتخصصة والتحليل الطبي، واعطاء العلاجات المناسبة تحت الإشراف الطبي، بالإضافة للعناية والوقاية بالبصر والسمع، ويجب توفير هذه الخدمات بشكل أساسي في الحالات الطارئة. وأحيانا يجد الطبيب نفسه غير قادراً على مساعدة الطفل المضطرب انفعالياً لسلبية الوالدين وعدم مساعدتهم له، وعدم تشجيعهم له، وقد يكون ذلك ناجماً لوجود مشكلات نفسية لدى الوالدين تمنعهم من المشاركة في البرامج العلاجية لأبنهم. وفي هذه الحالة لا بد من إدخال الوالدين في برنامج علاجي.

إن الأطفال يكونون داخل النظام التربوي بشكل مقصود وليس اعتماداً على مبدأ الفرص، وبالتالي فإن تعرض بعض الطلبة للمهمات الأكاديمية الصعبة يسبب الإحباط والفشل لديهم، والطريقة الأفضل لتخفيض الفشل والإحباط لدى الطلبة هي إعطائهم مهمات تربوية ينجحون فيها.

وللتغلب على الانسحاب يجب توفير الفرص المناسبة للمشاركة. كذلك يجب إعطاء الفرصة للطفل للإجابة والسؤال بحرية تامة، وتوفير الجو المناسب لاستجاباته بعيداً عن النقد والعقاب النفسي والجسدي، وتشجيعه المستمر على المشاركة والاندماج في النشاطات اليومية. (راضي الوقفي، 2001)

لا بد من توفير أجواء الإثارة والتشويق في البيئة الأسرية والصفية، لأن معظم الاستجابات والسلوكيات بالنسبة للطفل تكون نتيجة للشعور بالضجر والملل، لأسباب متعددة منها العقاب، مما يجعل البيئة غير مناسبة للطفل، لذلك يكون دور الأسرة والمعلم هو توفير النشاطات المتنوعة، والمشوقة والمرتبطة بحياتهم اليومية.

كذلك فإنه ليس من الخطأ التعلم باستخدام الفكاهة والمرح عندما يشعر الطلبة بالملل والضجر، وكذلك فإن التنويع المستمر يعمل على التخلص من الملل والضجر.

مراجع الفصل الأول

المراجع العربية :

- السرطاوي، زيدان وسيسالم، كمال (1987). **المعاقون أكاديمياً وسلوكياً**، الطبعة الأولى، الرياض: دار عالم الكتب.
- عبدالرحيم، فتحي (1990). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين "إستراتيجيات التربية الخاصّة"**، الطبعة الأولى، الكويت: دار القلم.
- القاسم، جمال وآخرون (2000)، **الإضطرابات السلوكية**، الطبعة الأولى، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- القويوتي، يوسف والسرطاوي، عبدالعزيز والصمادي، جميل (1995)، **المدخل إلى التربية الخاصة**، الطبعة الأولى، العين : دار القلم.
- القمش، مصطفى والإمام، محمد (2006). **الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة "اساسيات التربية الخاصّة"**، الطبعة الأولى، عمان: دار الطريق.
- الوقفي، راضي (2001). **أساسيات التربية الخاصة**، الطبعة الأولى، عمان: منشورات كلية الأميرة ثروت.
- يحيى، خولة أحمد (2003). **الإضطرابات السلوكية والإنفعالية**، الطبعة الثانية، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية :

- Hallahan, D & Kauffman, J. (1991). **Exceptional Children: Introduction to Special Education.** (5th.ed). New Jersey: Prentic-Hall. Inc, Englwood Cliffs.
- Heward, W. & Orlansky, M. (1988). **Exceptional Children: An Introductory Survey of Special Education** (3rd.ed) Ohio Charles E. Merrill Publishing Company.
- Kauffman, J. (1989). **Characteristics of Children's behavior disorders** (4th.ed) Ohio: Charles E. Merrill.
- Paul, J. & Epanchin, C. (1992). **Emotional disturbance In Children. Theories & Methods for teachers.**
- Smith, Deborah, D. and Luckasson, R. (1992). **Introduction to Special education, teaching in an age of Challenge.** USA: Allyn and Bacon.

الفصل الثاني

أبرز النظريات والإتجاهات التي بحثت في أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية



الفصل الثاني

أبرز النظريات والإتجاهات التي بحثت في أسباب الاضطرابات السلوكية والإنفعالية

المقدمة :

يعيش الفرد حياته، وهو يمارس أنماط متعددة ومتنوعة من السلوك، فإن واجه موقفاً مألوفاً لديه فعاداته السلوكية كفيلة بأن تيسر له مواجهته، وإن واجه موقفاً جديداً غيرّ من سلوكه وعدّل فيه.

وهو في كلتا الحالتين يظن أنه إنما يسلك تبعاً لمعايير وقيم وضعها لنفسه، وهو يتفاعل مع الغير ويبني رأيه وحكمه عليهم من سلوكهم الظاهر، وإذا فسر هذا السلوك فإن تفسيره يكون على أساس ما كّونه هو من معانٍ اكتسبها من خبراته الخاصة.

فكم منا يحاول استقصاء أسباب الغضب عند فرد ما، أو انعزال ثان عن العلاقات الاجتماعية، أو حب التسلط عند ثالث؟وكم منا يستطيع تفسير سوء التفاهم الذي قد يقوم بينه وبين غيره في ضوء التكوين النفسي الذي يؤثر في سلوكه أو في سلوك الغير؟

إن فهم السلوك الإنساني ضروري لقيام علاقات اجتماعية سليمة، فكل إنسان له ذاتيته الخاصة وفرديته المتميزة، وسلوكه مرتبط كل الارتباط بتكوينه النفسي، ولا يكفي أن يفهم الفرد نفسه لكي يكون قادراً على إنشاء علاقات اجتماعية سوية مع غيره، وإنما يلزمه أن يفهم الغير بقدر ما يفهم نفسه، وعلى أساس هذا الفهم يتحدد مدى نجاحه أو فشله في علاقاته بالآخرين.

ومنذ سجّل الإنسان تاريخه وهو يهتم بصورة أو بأخرى بفهم الطبيعة البشرية وعلاقة الإنسان ببيئته، وتوالت المحاولات الفكرية لفهم الجوانب المختلفة وعلاقة الإنسان ببيئته وسلوكه، واتسعت هذه الدراسات وتشعبت، وظهرت في منظّمات فكرية حملت أسماء متعددة فأطلق عليها في بعض الأوقات اسم العلوم الإنسانية وفي أوقات أخرى العلوم الاجتماعية، ويميل كثير من المفكرين اليوم إلى تسميتها بالعلوم السلوكية (عواد، 2002)

أولاً - النظريـة السلوكية:

قامت في أمريكا حركة نفسية هامة هي السلوكية، كانت كرد فعل للنظريات النفسية السابقة، وكان هدفها القضاء على النزعة الفلسفية في التفكير النفسي، وجُعل هذا العلم ضمن العلوم التطبيقية يعتمد في الوصول إلى حقائقه على التجريب والملاحظة الموضوعية للسلوك الظاهر.

وفسرت السلوك على أساس العادات التي تتكون آلياً بحيث يمكن تفسيرها على أساس ميكانيكي بحت، ونقطة البداية في العادات مثير خارجي يؤدي إلى استجابة، وهذه تكون ذاتها بمثابة مثير داخلي يؤدي إلى استجابة أخرى وهكذا. وينمو السلوك بتكوين سلاسل متصلة من العادات ثم تصبح هذه العادات أنماطاً سلوكية تساعد الكائن على مواجهة مواقف الحياة، ونفس القول على السلوك الاجتماعي الذي يتكون من سلاسل من العادات الميكانيكية المرتبطة بمثيرات البيئة الاجتماعية. (الزغلول، 2003).

السلوك عبارة عن مثير واستجابة:

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني سلوك فطري منعكس أي أنه عبارة عن فعل أو ما يطلق عليه (مثير واستجابة)، ولا تعترف النظريّة السلوكية بوجود استعدادات فطرية دافعة يرثها النوع الإنساني، فالإنسان في نظرهم عبارة عن آلة تستجيب لما حولها من منبهات ولا تحركه دوافع داخلية نحو غايات بل منبهات خارجية وداخلية، تجعل من الفعل الغريزي سلسلة من الحركة الآلية العمياء يتبع بعضها بعضاً دون حاجة إلى تدخل الشعور ودون حاجة افتراض غرض يرمي إليه أو دافع يوجه إلى هدف، ويقرر أنصار هذا الاتجاه أن الانفعالات الفطرية لا تزيد عن ثلاثة هي (الخوف والغضب والحب) أما ما عداها من انفعالات فهو مكتسب، فمثلاً المثير الطبيعي للخوف هو الصوت المرتفع العالي، وأن مثير الغضب هو منع الطفل من الحركة، وأن مثير المحبة هو التودد والابتسام.

وفسرت هذه المدرسة سلوك الإنسان على أنه فطري منعكس، فقد ربطت بين المنبه والاستجابة بصورة آلية محضة دون النظر إلى طبيعة المنبه، ودون اعتبار لشعور الفرد وحالته النفسية رغم أن المنبه الواحد قد يثير استجابات مختلفة في اشخاص مختلفين أو في الفرد نفسه من حين لأخر.

وقد صنَفت النظرية السلوكيّة السلوك الإنساني إلى قسمين:

أولهما السلوك المنعكس الشرطي البسيط (أو الفطري أو التلقائي أو الميكانيكي...) ولا

دخل للإرادة فيه كضيق حدقة العين عند تعرضها لضوء شديد، وتصبب العرق وزيادة عدد دقات القلب وارتفاع ضغط الدم وإفراز بعض الغدد عند حدوث انفعال معين كالخوف أوالغضب (زلزال - حادث - تطاول أو إهانة ...الخ).

وثانيهما هو السلوك المنعكس الشرطي المركب (أو المتعلم أو المكتسب).

فقد كان "بافلوف" أول من درس "الاشراط" دراسة تجريبية في أوائل القرن العشرين، وكان لنتائج دراسته أهمية بالغة في دراسة النفس من الناحية النظرية والتطبيقية (ملحم ، 2001).

لاحظ بافلوف في دراسته للإفرازات المعدية أثناء عملية الهضم في مجموعة من الكلاب أن لعاب الكلاب كان يسيل عند سماعها بعض الأصوات التي ارتبطت من قبل بالطعام، مثل سماع أقدام الشخص الذي يقدم لها الطعام، أو حتى عند رؤيته من بُعد.

ومن المعروف أن إفراز اللعاب قد سال قبل وضع الطعام في الفم بمجرد التأثير بمنبهات صوتية أو بصرية، ولتأكيد ذلك بالتجربة قام بافلوف بحصر كمية لعاب الكلب الذي يفرز من غدده اللعابية عن طريق أنبوبة من المطاط تمر خلال فتحة في صدغ الكلب متصلة بهذه الغدد وتصل إلى أنبوبة زجاجية مدرجة حيث يسكب فيها اللعاب وتقاس كميته بدقة. وكان بافلوف يُعرِّض الكلب لأحد المنبهاب مثل صوت جرس محدد ليرى مدى تأثيره في إفراز اللعاب. وفي أول الأمر لم يكن لصوت الجرس أي تأثير في إفراز اللعاب، إلا أنه لاحظ أن تكرار قرع الجرس المرتبط بتقديم كمية من الطعام (مسحوق اللحم) أصبح مثيراً يؤدي إلى إفراز اللعاب، حيث كان لعاب الكلب يسيل لمجرد سماع صوت الجرس، وأن بدأ هذا اللعاب في التناقص بتكرار قرع الجرس دون تقديم الطعام حتى توقف عن الإفراز مرة أخرى، وفي نفس هذه التجربة أجري بافلوف كثيراً من المحاولات مستخدماً كثيراً من المنبهات الأخرى غير المنبهات السمعية مثل المنبهات البصرية والشمية والحسية، ولاحظ بافلوف دائماً ارتباط المنبهات بإفراز اللعاب بعد مصاحبتها لعملية تقديم الطعام للكلاب.

وفي هذه التجارب كان الطعام هو المنبه الطبيعي الملائم لإثارة استجابة إفراز اللعاب. يسمى الطعام في مثل هذه التجارب بالمنبه غير الشرطي، وربما أن إفراز اللعاب فعل منعكس فهو يسمى أيضاً بالفعل المنعكس غير الشرطي، وصوت الجرس في هذه التجارب منبه غير ملائم في أول الأمر لإفراز اللعاب ولكنه يصبح ملائماً بعد تكرار مصاحبته للطعام. ويسمى صوت الجرس بالمنبه الشرطي. ويسمى إفراز اللعاب نتيجة لصوت الجرس بالاستجابة الشرطية أو الفعل المنعكس الشرطي.

ويمكن شرح عملية الإشراط بيانياً كما يلي:

قبل التجربة:

المنبه غير الشرطي (الطعام) - استجابة غير شرطية (إفراز اللعاب).

بعد التجربة:

المنبه غير الشرطي (الطعام) المنبه الشرطي ÷ (صوت الجرس) الاستجابة الشرطية (إفراز اللعاب).

وتسمى طريقة الاشتراط التي تجري على نمط تجارب بافلوف "بالاشتراط المأثور" وهو يعني تكوين ارتباط بين المنبه الشرطي (صوت الجرس) وبين استجابة ما (إفراز اللعاب) عن طريق المصاحبة بين المنبه الشرطي وغير الشرطي (الطعام). (شفيق، 2002).

المبادئ العامة للاشراط:

1- **التكرار:** أن تكرار المصاحبة بين المنبه الشرطي والمنبه غير الشرطي يؤدي إلى تقوية الارتباط بين المنبه الشرطي والاستجابة الشرطية، فتكرار المصاحبة بين صوت الجرس والطعام يقوي الارتباط بين صوت الجرس وإفراز العاب، وبالرغم من أهمية التكرار في التعليم الشرطي إلا أنه من الممكن مع ذلك أن يحدث التعلم من مرة واحدة فقط. فالطفل لا يحتاج عادة إلى الاحتراق من لهب الشمعة عدة مرات لكي يتعلم الابتعاد عن النار.

2- **الانطفاء:** حيثما تكرر قرع الجرس بعد اجراء التجربة عدة مرات متتالية على فترات متقاربة بدون الطعام، بدأت كمية اللعاب تقل تدريجياً حتى تلاشت نهائياً ولم يعد لصوت الجرس أي تأثير على إفراز اللعاب.

3- **التدعيم:** إن استمرار وجود الصدمة الكهربائية على اليد في مصاحبة صوت الجرس مباشرة يدعم استجابة سحب اليد ويعمل على استمرارها كما أن تقديم المنبه غير الشرطي (الطعام) الذي يثير الاستجابة الشرطية (إفراز اللعاب) عقب المنبه الشرطي (صوت الجرس) مباشر يدعم التجربة.

4- **الاسترجاع التلقائي:** إن الانطفاء لا يؤدي في الواقع إلى زوال الاستجابة الشرطية نهائياً، فعقب فترة من الراحة لا يتعرض فيها الكائن لأي تدعيم للاستجابة الشرطية نجد إن الاستجابة تحدث بمجرد حدوث المنبه الشرطي. ففي تجربة بافلوف لما أحضر

الكلب إلى المعمل بعد أيام من الانطفاء التجريبي سال اللعاب بمجرد سماع صوت الجرس.

5- **التعميم:** إن الاستجابة الشرطية التي ترتبط بمنبه شرطي معين يمكن أن تثيرها منبهات أخرى شبيهة بالمنبه الشرطي، فإفراز اللعاب بصوت جرس ذي رنين معين يمكن أن يحدث أيضاً لصوت جرس أخر رنين مختلف، وإذا ارتبط انفعال الخوف عند الطفل معين بالفأر، فأن بعض الحيوانات الأخرى الشبيهة بالفأر مثل القطط والكلاب قد تثير خوف الطفل.

6- **التمييز:** رأينا في مبدأ التعميم أن الحيوان الذي تعلم إفراز اللعاب لصوت معين يفرزه لعابة إذا سمع أصواتاً أخرى مشابهة. ولكن إذا نظّمنا التجربة بحيث أن صوتاً معيناً يدعّم دائماً بتقديم الطعام للكلب. وأن الأصوات الأخرى لا تدعّم، فأننا نشاهد أن التعميم يزول، وأن الاستجابة الشرطية تحدث فقط للصوت الذي دعّم، أما الأصوات الأخرى التي لم تدعّم فلا تثير الاستجابة الشرطية.

7- **العلاقات الزمنية:** يحدث الاشراط عادة إذا جاء المنبه الشرطي قبل المنبه غير الشرطي بفترة زمنية قصيرة جداً (في حدود الثانية) فإذا طالت الفترة الزمنية تدريجياً ضعف الاشراط كذلك تدريجياً، حتى إذا ما زادت الفترة الزمنية عن حد معين امتنع حدوث الاشراط الذي يتم بحدوث المنبه الشرطي قبل المنبه غير الشرطي "الاشراط القبلي".

هذا وقد اقتنع ثورندايك بضرورة الاقتصار على دراسة السلوك الخارجي حتى يمكن فهم الطبيعة البشرية، كما دعى واطسون إلى نبذ الطريقة التأملية والاقتصار على دراسة السلوك الموضوعي للأنسان، وقد توصل ثورندايك بعد تجاربه العديدة على سلوك الحيوان إلى أن الحيوانات تتعلم عن طريق المحاولة والخطأ trial and error بمعنى أنها تتعلم بعدة محاولات لحل مشكلة، بأزالة كل الحركات غير الناجحة وتقوية الناجح منها، وفي ذلك أوضح أن عملية التعليم تقوم على قانونين هما قانون التكرار وقانون الأثر، فالنتائج السارة تزيد من تقوية الارتباط بين المثير والاستجابة، والنتائج غير السارة المؤلمة تضعفه، فجميع عاداتنا لا تتكون بطريقة مبسطة وهي الارتباط بين الاستجابات وبين بعض المنبهات ارتباطاً شرطياً بل تتكون أيضاً بطريقة أخرى أكثر تعقيداً هي المحاولة والخطأ. (شفيق ، 2002).

وحسب اتجاه النظرية السلوكية فإن الأشخاص الذين يعانون من إضطرابات نفسية

لديهم سلوك "سلبي" لا يساعدهم على تحقيق أهدافهم والاستمتاع بعلاقاتهم وهذا السلوك هو سلوك متعلّم. ويقول العالم باندورا Bandura أن التعلم بالملاحظة أو التقليد مهم أيضاً في هذا السياق. حسب هذا النمط فإن جميع أنواع التعلم هذه تؤدي إلى تغير مهم في سلوك الناس خاصة إذا عززت.

يقول لوينسون Lowinsoin أن الاكتئاب يحدث نتيجة قلة تعزيز السلوك، إذ عندما يتلقى الناس تعزيزات قليلة تقل لديهم الاستجابات ونتيجة لذلك فأنهم يستقبلون تعزيزات أقل وهذا يجعلهم يعانون من الاكتئاب.

ومن فوائد الاتجاه السلوكي نجد :

أولاً : أنه يفترض أن الاضطراب النفسي والسلوكي هو نتيجة تعلم سلبي ولهذا لا يجب اعتباره "مرضاً".

ثانياً : فإن التركيز يكون على خبرات الفرد وتاريخه الاشراطي وهذا يجعل هذا النمط حساس للعوامل الثقافية والاجتماعية.

ثالثاً : فإن النمط السلوكي في التعامل مع الاضطراب لا يعطي حكماً على الأشخاص وإنما يوصي بالعلاج فقط عندما تسبب أعراض الاضطراب النفسي مشكلات للشخص نفسه أو من هم حوله.

رابعاً : يفترض من خلال هذا النمط أن الاضطراب النفسي يسببه عوامل بيئية ونتيجة لهذا فإن الشخص المضطرب ليس مسؤولاً عن هذه الاضطراب. (الريماوي وآخرون، 2004).

بعض الانتقادات التي توجه للنظرية السلوكية:

1- يركز أصحاب هذا التوجه على السلوكيات البسيطة وبذلك تقل فاعلية تطبيقه على المشاكل الانسانية الأكثر تعقيدا.

2- يظهر السلوكيون أحيانا عدم اتفاق للمبادئ الأولية للنضج والنمو والدافعية الداخلية ورفضهم للعمليات الداخلية والمعرفية. ويتضح في حالة المضطربين سلوكيا أن الحاجة لفهم لماذا حصل؟ وماذا حصل؟ لا يكفي.

3- إن تعديل سلوك شخص يتضمن أسئلة جادة حول القيم التي لم يتم التعامل معها بعد على نحو ملائم. يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أننا لا نغيّر الأطفال من أجل إرضاء الكبار، فالأطفال السلبيون الهادئون الذين يسهل التعامل معهم يمكن ألا يكونوا أسوياء.

4- بعض الجوانب الايجابية في البرامج السلوكية لا تستمر مع الوقت، وبعض البرامج السلوكية تظهر صعوبة في جانب انتقال التعلم، وغير قادرة على مساعدة الفرد لنقل المهارات التي تعلمها لمواقف مشابهة. (يحيى، 2003) (Steven & Conoley, 1984).

5- الاشتراط في الانسان أقل منه أهمية في الحيوانات التي تُدرس في المختبر إذ أن الاشراط الاجرائي (Operant) والانطفاء (Extinction) في الانسان يعتمد بشكل كبير على معرفة العلاقة بين الاستجابة واعطاء التعزيز وهذا مختلف عما هو لدى الحيوانات.

6- تبالغ النظرية في دور البيئة في إحداث الاضطراب وتقلل من الأسباب الأخرى مثل الوراثة ولهذا تقل قدرتها على تفسير بعض الأمراض النفسية. (الريماوي وآخرون، 2004).

ثانياً - النظرية البيوفسيولوجية :

الخلية أساس الكائن الحي، لذا من الأهمية بمكان دراسة الخلية الوراثية، وذلك لمعرفة أسباب ظهور الاضطرابات، ونظرية الخلية الوراثية لها مقاييس للوقاية ودراسة الاضطرابات النفسية الناتجة عن إصابة الخلايا. (يحيى، 2003).

يركز علماء النفس أصحاب هذا الاتجاه في دراستهم على السلوك الإنساني باعتباره سلوكاً يصدر عن الإنسان كوحدة بيولوجية متكاملة تستجيب لبيئتها الخارجية بوسائل متنوعة إلا أنه بالرغم من تلك النظرة الكلية للسلوك تبرز الحاجة دائماً إلى معرفة كيف تعمل الأجزاء الخاصة في جسم الإنسان أثناء قيامه بأي شكل من أشكال السلوك جسمياً أو عقلياً أو انفعالياً أوحركياً، ومن ثم يبدو التساؤل: ما هي الأسس الجسمية والعصبية للسلوك الإنساني؟

الجهاز العصبي أداة السلوك وتوافقه:

يشكل الجهاز العصبي أداة استجابة الفرد للظروف البيئية المتغيرة المحيطة به، بصورة دائمة لا تنقطع استجابة واعية تضمن توافقه النفسي والاجتماعي والجسمي مع البيئة التي يعيش في إطارها كما تضمن استمراره على قيد الحياة، أما إذا أخفق الجهاز العصبي في القيام بتلك الاستجابة الملائمة إزاء بيئة الفرد الذي يسبب له الاضطراب في السلوك.

وعلى ذلك يحتل الجهاز العصبي للفرد مركز الصدارة في السلوك باعتباره المنظّم

الأعلى، الأكثر مرونة، والذي يوجه نشاط الجسم بارتباطاته المختلفة وكذلك ينظّم علاقاته بالبيئة المحيطة به.

العوامل النمائية:

يمر الطفل بمراحل النمو المختلفة من حياته إلى أن يصل إلى ما ينظّم شخصيته من مكونات مختلفة، جسمية، وعقلية، ومزاجية، واجتماعية، وحركية... الخ، وتتضافر فيما بينها لكي تشكل شخصية الطفل في مراحله المبكرة وتحدد سلوكه بعد ذلك في مواقف حياته.

وهناك عدة مشاكل تغشى المراحل النمائية وبالأخص فترة الحمل - الأهم - وتؤثر على الجنين بشكل واضح في هذه الفترة ومنها:

1- اضطراب الجينات يؤدي إلى أن المولود يولد ولديه عيوب خلقية.

2- الكروموسومات الموزعة توزيعاً غير عادياً بحيث يشتمل على ثلاث كروموسومات وانتقال الكروموسومات وعدم خضوعها لنظام واحد.

3- الاضطرابات المتعلقة بالمحيط الاجتماعي للطفل أو البيئة كالإشعاع، الأدوية المهدئة، توارث مرض البول السكري، الجروح، نقص معدل التغذية ... الخ.

وفي فترة الطفولة المبكرة نجد أهم ما يميزها هو النمو العقلي لدى الأطفال وقد أشار بياجيه في هذا الصدد إلى أن النمو العقلي للطفل يتدرّج خلال الأعوام القليلة الأولى للطفل، وهذا النمو يتطور وفي نفس الوقت ينمو في الطفل بعض المدركات البسيطة للأشياء والمكان، والزمن، والمسببات، وفي السنة الثانية من عمر الطفل يجمع بين المدركات الذهنية والمحددات من حوله.

ولا شك بأن أي خلل في نمو الفرد في أي من مراحل نموه ينعكس سلباً على سلوكه وتوافقه مع الأحداث التي تمر به (عباس، 2001).

العوامل المثوّرة :

إن بعض الظروف الضاغطة أو المثيرة للقلق تؤدي إلى حدوث أضرار فسيولوجية، غير أنه أحياناً يتعرض شخصان مختلفان لظروف واحدة فيصاب أحدهما بالاضطراب بينما لا يصاب الآخر.

فلكل إنسان أسلوب مميز في استجابته للضغوط، ففي الوقت الذي قد تسرع فيه

ضربات قلب أحدهم، نجد شخصاً آخر يستجيب بطريقة مختلفة وذلك عن طريق زيادة سرعة معدل التنفس دون حدوث زيادة في ضربات القلب، ولذا نجد أن الشخص الذي يتأثر جسمه بتلك التغيرات بشكل كبير هو الوحيد من بين عدة أشخاص الذي يتعرّض للإصابة بالاضطرابات النفسية والفسيولوجية.

العوامل الإدراكية:

تبدأ عملية الإدراك بالإدراك الحسي الذي يُعتبر الدعامة الأولى للمعرفة الإنسانية، والإدراك الحسي باختصار هو إعطاء معنى للمحسوسات أو المثيرات المختلفة، والأجهزة المختلفة في هذه العملية هي الجهاز الحسي والجهاز العصبي وبناء على فكرة أن كفاية التكوين تؤدي إلى كفاية الوظيفة ما لم تتدخل مؤثرات طارئة، فسلامة تكوين هذه الأجهزة ودرجة نموها تؤثر في عملية الإدراك.

كذلك من المتوقع أن تلعب الخبرة السابقة للفرد دوراً مهماً في تحديد هذا المعنى، من حيث الوضوح والدقة. أو من حيث التشويش والخلط. فمثلاً خبرة اللقاء الأول مع شخص ما تؤثر في إدراك الفرد له في موقف تالٍ.

فإدراك الفرد يجعله أكثر حساسية لعناصر معينة في مجال سلوكه فمثلاً نلحظ الحركة الزائدة والتصرفات غير الطبيعية نتيجة لعدم إدراك الطفل، هذا ويشكل التفاعل بين دوافع الفرد وإدراكه وسلوكه أساساً هاماً لحياته النفسية.

وتشير الملاحظات وتقارير المتابعة إلى أن الذين تعرضوا للحرمان الحسي بسبب الكوارث أو الحوادث الطارئة كثيراً ما كانوا يروون قصصاً وأحاديث غريبة عن الأشياء غير الطبيعية التي كانوا يصادفونها والتي صاحبتهم، الأمر الذي يجعلهم يعانون من اضطرابات ذهنية وهلاوس بصرية. (Heward & Orlansky, 1988).

العوامل النيورولوجية والبيوكيمائية:

من أهم وظائف النيرون استقبال المعلومات وتوصيلها، وتحتوي كل خلية على قدر من الطاقة الكهربائية المختزنة بها والتي يمكن إطلاقها على شكل دفعات أو نبضات.

ويعمل النيرون باستمرار من أجل المحافظة على التوازن الكيميائي بداخله وخارجه وأي خلل يحدث في هذا التوازن بسبب تصرفات وحركات لا إرادية يولد اضطراباً سلوكياً.

فمن الحقائق العملية المعروفة والتي لا تحتاج إلى شواهد لتأكيدها أن نوبات الصرع

تحدث بسبب الاضطرابات التي تصيب المخ، وقد تركزت جهود العلماء على محاولة التعرف على المسارات التي تتحول عن طريقها اضطرابات المخ فتصيب الجسم، واستطاع العلماء من خلال التجارب استثارة المخ لدى الحيوانات بأساليب نتج عنها حدوث النوبة الصرعية بشكل مشابه لما يحدث في حالة الإنسان.

وبعد أن تأكد للعلماء أن سبب حدوث الصرع هو إطلاق النيرونات (الخلايا) بالمخ لإطلاقات كهربائية غير طبيعية، اتجهوا لمعرفة سبب حدوث تلك الاطلاقات، وهو أمر قد يكون وراثياً أو بيئياً أو يشمل الاثنين معاً، ويرى العلماء بأن سبب هذا الاضطراب الكهربائي قد يكون مرجعه إلى اضطراب المكونات الكيمائية أو إلى ردود الأفعال بالخلايا العصبية مما يجعلها تنتشر وتنتقل تلقائياً إلى الخلايا الأخرى، فإذا ما كان هناك سبب وراثي لاستمرار الاضطراب ثم أضيف إلى ذلك عوامل بيئية غير منتظمة الحدوث، فقد يؤدي كل ذلك مجتمعاً إلى حدوث تغيرات كيميائية تستثير الخلايا العصبية وتدفعها لإطلاق شحناتها الكهربائية بشكل غير عادي تظهر على شكل أعراض الصرع. (رمضان، 2001).

التدخل البيوفسيولوجي:

أشارت العديد من الدراسات إلى توفّر مجموعة من الوسائل الحديثة والمتطورة التي تهدف إلى السيطرة على مخ الإنسان وبالتالي على سلوكه كما أشارت بعض هذه الدراسات إلى إمكانية السيطرة على سلوك الإنسان وتوجيهه بشكل تام مما يساعد في علاج بعض الاضطرابات السلوكية الخطيرة التي تهدد الفرد.

أولاً: الجانب الوقائي: تجدر الأهمية إلى النظر إلى السلوك على ضوء الموروثات البيولوجية للفرد فمكوناتنا البيولوجية لها تأثير لا يمكن إنكاره على سلوكنا وبالتالي من الأهمية بمكان المحافظة على البناء السليم للجسم من خلال اتباع سبل الوقاية من الأمراض الجسمية، الأمر الذي سينعكس إيجابياً على الصحة النفسية.

ثانياً: استخدام العقاقير: من الاكتشافات الطبية الهامة إيجاد عقاقير نفسية ومواد مخدرة لها تأثيراً قوياً على السلوك وقد أدت هذه المستحضرات الطبية الكيمائية إلى مساعدة الملايين من المرضى والمصابين باضطرابات عقلية ونفسية في التخلص من كثير من أعراض اضطراباتهم والعيش بشكل طبيعي بعيداً عن الإقامة بالمستشفيات والمصحّات النفسية.

وتكمن قوة هذه العقاقير في قدرتها على التأثير على الرسائل التي تحملها الموصلات العصبية في مناطق معينة من المخ، مما يجعل الفرد يقوم بسلوك معين مرغوب فيه، أو يتوقف عن القيام بسلوك غير مرغوب فيه، فإبطاء الرسائل العصبية يضع حداً لفرط الحركة ويجعل المصاب بالفصام العقلي يفكر بطريقة بعيدة عن تسارع الأفكار وتطايرها.

العكس من ذلك تعمل العقاقير في حالة الاكتئاب إلى استثارة المريض عن طريق زيادة سرعة توصيل الرسائل مما يساعد على الخروج من العزلة وقلة النشاط التي فرضها على نفسه وبالتالي يبدأ بالحركة والتفاعل مع الآخرين.

ثالثاً: جراحة المخ : تمكن التعامل مع المشاكل الإنسانية ذات العلاقة بسلوك العنف والميل إلى العدوان عن طريق التدخل الجراحي، وقد قام جراحو المخ بإجراء العديد من العمليات الجراحية على المرضى، الذين كانوا يعانون من الصرع الذي مصدره الفص الجبهي ومما يجب ذكره في هذا المجال أن العمليات الأولى كانت تجرى في منطقة الفص الجبهي للتخلص من نوبات الصرع المتكررة، إلا أن بعض الجراحين تمكنوا من اجراء جراحات على مناطق أخرى بالمخ، وذلك لعلاج بعض المشاكل السلوكية وفي مقدمتها الصرع الناشئ عن اضطرابات الفص الصدغي، والنزوع للعدوان، والاعتداء البدني على الآخرين، وفرط الحركة.

كذلك تمكن بعض العلماء من إجراء جراحة المخ لتعديل السلوك، وقد تضمنت الجراحة تثبيت أقطاب كهربائية لاستثارة المنطقة الخاصة بمراكز الثواب (شعور بالسرور والراحة) ومراكز العقاب (شعور بالنفور) بالمخ.

ورغم هذا التقدم العلمي في الجراحة إلا أنه ظهر هنالك مجموعة من المشاكل التي تحيط بالتعامل مع المخ جراحياً، وأهمها:

(1) على الرغم من أن إجراء العملية الجراحية قد يجعل المريض هادئاً ويمكن التعامل معه بأمان، إلا أنها تؤدي أحيانا إلى حدوث اضطرابات فسيولوجية وعقلية ومضاعفات جانبية متعددة.

(2) من الملاحظ بصورة عامة أن التحسن يستمر طالما استمرت الاستثارة الكهربائية بشكل متواصل، وقد يستمر لفترات قصيرة بعدها قبل أن يعود المريض مجدداً إلى حالته السابقة عند توقف الاستثارة، ويعني ذلك أن عملية الاستثارة في حد ذاتها ليست

علاجاً وإنما هي حالة طارئة مرتبطة بدخول التيار الكهربائي للمخ والتأثير فيه، ويتوقف تأثيرها حالما ينقطع التيار الكهربائي لأي سبب من الأسباب.

(3) أن النظرة إلى التدخل الجراحي سواء لاستئصال أو إعطاب بعض مراكز المخ أو من أجل تثبيت أقطاب كهربائية هناك، كانت تتقبل مثل هذا السلوك لعدم توفر بدائل أخرى متاحة، أما بعد توفر الأدوية ذات التأثير القوي على المخ وبتكلفة أقل كثيراً مما ينفق على الأسلوب الجراحي فلم يعد لهذا الأسلوب أفضليته السابقة. (عباس، 2001).

بعض الانتقادات التي توجه للنظرية البيوفسيولوجية:

(1) رغم نجاح استعمال العقاقير في علاج بعض الاضطرابات السلوكية مثل الاكتئاب والفصام والقلق النفسي إلا أن هذا النجاح لا يعني بالضرورة أن هذه الاضطرابات سببها الرئيسي عضوي.

(2) حيث أن العوامل الوراثية تدخل ضمن هذا النمط فإن أقارب الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية قد يشعرون بالذنب لأنهم ربما ساهموا في توريث الاضطراب النفسي لأقربائهم وهذا ما قد يزيد قلقهم ويزيد احتمال إصابتهم هم أنفسهم بالاضطراب النفسي.

(3) استخدام العقاقير المختلفة لعلاج الاضطرابات النفسية غالباً ما يستمر لفترات طويلة قد تمتد طيلة حياة الفرد وهذا ما قد يسبب مضاعفات جانبية مزعجة، ومن الممكن أن تؤدي إلى الإدمان.

(4) إهمال الجانب النفسي والاجتماعي كلياً والتركيز على أعضاء الجسم كمسبب رئيس للسلوك غير السوي ومحاولة إقحام العلاج الطبي كسبيل لتعديل السلوك قد يؤخر الشفاء ويطيل فترة العلاج.

(5) من السهل كثيراً إيجاد أسباب الأمراض العضوية حيث أنها ملموسة ولكن هذا غير متاح بالنسبة للاضطرابات النفسية.

(6) يركّز هذا الاتجاه على الأعراض بشكل رئيسي وليس على تجارب الفرد وما يدور في داخله وغالباً ما يصرف النظر عن العوامل النفسية كالصعوبات الشخصية والأحداث الحياتية في التفسير.

ثالثاً: الاتجاه الديـنامي (Psychodynamic Approach)

يستند الاتجاه الديـنامي في تفسيره للاضطرابات السلوكية على فهم سلوك الإنسان من خلال تحليل العمليات الداخلية المتواجدة فيه، وتعتبر النظرية التحليلية لفرويد من أهم نظريات الاتجاه الديـنامي، وهـي تنادي أن النشاطات العقلية والجسمية للإنسان ما هي إلا نتيجة للإندفاعات اللاشعورية، هـذا وتركز نظرية فرويد على غريزتي الجنس والعداون في الطبيعة الإنسانية وتعتبر أن سلوك الإنسان يتأثر في حياته السابقة.

إن أحدث إتجاه للنظريات الديـنامية هو الاتجاه الإنساني الـذي يقرر بأن سلوك الإنسان موجه بدوافع إيجابية. كارل روجرز وإبراهـام ماسلو يمثلون وجهة النظر هذه. إن الاهتمام الرئيسي في هـذا الاتجاه هو زيادة الدوافع الإيجابية كالحب والاهتمام والتعاطف والأمل...إلخ ومساعدة الفرد في تنمية إمكانته إلى أقصى ما يمكن.

لعل أهـم مساهمة للنظريات الديـنامية الحديثة هو التقليل من الاهتمام بالعوامل البيولوجية المحددة وزيادة الاعتقاد بقدرة الإنسان لتعلم السيطرة على دوافعه، والقيام بسلوك اجتماعي، وعن طريق تعديل الدوافع الداخلية يمكن تسهيل عملية البناء والتفاعل الاجتماعي الإيجابي والتكيف للبيئة.

وتعتبر النظرية الديـنامية أن القوى الداخلية هي التي تدفع الفرد للقيام بالسلوك، وبشكل عام، فإن دوافع أو غرائز الجنس والعدوان لاقت الاهتمام الأكثر بين الباحثين، ولكن حديثاً فإن الحب، وتحقيق الذات، والمشاركة، ودوافع أخرى اعتبرت قوى تحرك السلوك. إن معظم أصحاب هذا الاتجاه ينادون بأننا غير واعين على القوى والأمور الداخلية التي تؤثر على سلوكنا.

بالإضافة إلى ذلك، فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها ديـنامية تتغير. وهكذا، فإن النمو الإنساني عادة يفهم من خلال مراحل. (Rhodes & Tracy, 1984)

هذا وتتضمن عملية التشخيص اعتماداً على هذا الاتجاه، التعرف على تاريخ الفرد بالإضافة إلى تحليل للموقف الحاضر وجمع البيانات من مصادر مختلفة والاعتماد على الفريق متعدد الاختصاصات في عملية التشخيص كاختصاصي علم النفس والباحث الاجتماعي، والطبيب، والمعلم، وغيرهم. ويهدف التشخيص الديـنامي في النهاية إلى تحديد أهداف التدخل.

كما يهدف التدخل الديـنامي إلى تغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين

بالإضافة إلى تغيير في سلوك الطفل وتغيير في المواقف والأشخاص الذين يتفاعلون مع الطفل. ومن خلال هذه الأهداف يمكن تحسين فكرة الفرد عن ذاته وأن يفهم نفسه وينهم الآخرين ويكون سلوكه مستقلاً وأن يضبط هذه الانفعالات، وأن يطوّر سلوكاً اجتماعياً مقبولاً.

رابعاً: الأتجاه البيئي (Ecological Approach)

يركز أصحاب هذا الاتجاه إلى أن تفاعل القوى الداخلية والخارجية هو الأساس في حدوث السلوك، ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه إلى أن القوى الداخلية لوحدها والقوى الخارجية لوحدها لا تكفي لتفسير السلوك الإنساني.

فالإضطراب في السلوك ينظر إليه علماء النفس البيئيون على أنه سلوك غير مناسب ولا يتوافق مع ظروف الموقف. أما علماء البيئة الأطباء فقد أشاروا إلى الاختلاف بين الأطفال إلى عوامل مزاجية ولادية فبعض الأطفال يتوافق سلوكهم مع البيئة في حين أن البعض الآخر لا يتوافق سلوكهم مع البيئة. علماء النفس التحليليون البيئيون أشاروا إلى أن الاضطرابات الانفعالية عند الأشخاص هي بعد أوسع في العلاقات الأسرية.

لذلك ينظر أصحاب الاتجاه البيئي إلى السلوك الإنساني على أنه نتاج للتفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد وبين الظروف في الموقف. أن تفسير القوى الداخلية وتفاعلها مع القوى الخارجية يختلف بناء على اختلاف تخصصات أو ميادين علماء البيئة. فمثلاً يركز علماء الاجتماع على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الفرد، بينما يركز علماء البيئة الأطباء إلى العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج لفرد معين ويحللون التفاعل بين هذا الفرد وبين بيئته. وفي حين يركز علماء البيئة التحليليون على التفاعل الأسري وتأثير ذلك على شخصية الفرد ويدرسون نمط التفاعل الذي يحدث بين أفراد الأسرة. إن التركيز في جميع وجهات النظر ضمن الاتجاه البيئي هو التفاعل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها بدون الاهتمام بتفسير لماذا يسلك الناس بالطريقة التي يسلكونها.

ويجب على من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي أن يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الطفل وعن البيئة التي يتفاعل فيها ومعلومات تتعلق بنمط سلوك الطفل في مواقف مختلفة يتم جمعها وكذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في

البيت والجيرة والمدرسة كذلك يحاول المهني في هذا الإتجاه أن يحدد المطالب السلوكية لكل موقف (Paul & Epanchin, 1992).

ومما يجدر الإشارة إليه إلى أن بعض المهتمين بالاضطرابات السلوكية قد أشاروا إلى أن هنالك علاقة ما بين سبب الاضطراب السلوكي وشدته حيث صنّفوا أسباب الاضطرابات السلوكية كما يلي :

أولاً - الأسباب البيولوجية :

حيث تعتبر العوامل البيولوجية حسب هذا التصنيف هي المسؤولة عن الاضطرابات السلوكية الشديدة مثل حالة فصام الطفولة، وتبدو مثل تلك الأسباب في العوامل البيولوجية المرتبطة بالعوامل الجينية، والعوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة، مثل عوامل سوء التغذية، وتناول العقاقير والأدوية والأمراض التي تصاب بها الأم الحامل، ثم العوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة وخاصة إصابات الدماغ.

ثانياً - الأسباب البيئية :

وتعتبر العوامل البيئية من الأسباب الواضحة في الاضطرابات البسيطة والمتوسطة، ويقصد بالأسباب البيئية تلك الأسباب المرتبطة بالعوامل الأسرية أو المدرسية أو الاجتماعية.

وفيما يلي عرض لعدد من الأسباب الأسرية والتي قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من الاضطرابات السلوكية البسيطة أو المتوسطة :

- نمط العلاقة بين الطفل وأبويه.
- نمط التربية الأسرية وخاصة التربية الأسرية المتشددة أو الفوضوية.
- الإهمال الزائد، التدليل الزائد، الحماية الزائدة.

أما الأسباب المدرسية التي قد تؤدي إلى حدوث الاضطرابات السلوكية البسيطة أو المتوسطة لدى الطفل فهي :

- نمط التربية المتشددة.
- أشكال العقاب التي تمارسها الإدارة المدرسية (العقاب غير المدروس وغير المبّرر).
- طرائق التدريس غير المناسبة.
- مقارنة الطفل بأقرانه بإستمرار (Hallahan & Kauffman, 2003). (سالم 1994، ص: 388-389).

مراجع الفصل الثاني

المراجع العربية :

- رمضان، أحمد، (2001)، علم النفس الفسيولوجي، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- الريماوي، محمد وآخرون، (2004)، علم النفس العام، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- الزغلول، عماد، (2003)، نظريات التعليم، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- شفيق، محمد، (2002)، العلوم السلوكية، الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- عاقل، فاخر، (1999)، التعليم ونظرياته، بيروت: دار العلم للملايين.
- عباس، طه، (2001) ، علم النفس الفسيولوجي، القاهرة: دار الصحوة للنشر والتوزيع.
- عواد، سعيد، (2002)، السلوك الإنساني، الإسكندية: دار المعرفة الجامعية.
- ملحم، سامي، (2001) ، سيكولوجية التعلّم والتعليم، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- سالم، ياسر (1994)، رعاية ذوي الحاجات الخاصّة، الطبعة الأولى، عمان: منشورات جامعة القدس المفتوحة.
- يحيى، خولة، (2003)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية :

- Hallahan, D & Kauffman, J. (1991). **Exceptional Learners: Introduction to Special Education**. New Jersey: Prentic-Hall.
- Heward, W. & Orlansky, M. (1988). **Exceptional Children,** Ohio: Charles E. Merrill.
- Paul, J. & Epanchin, C. (1992). **Emotional disturbance In Children. Theories & Methods for teachers**. Colombus: Merril Publishing Company.
- Rhodes, William & Tracy, Micheal, (1984). **Astudy of Child Variance Conceptual Models,** U.S.A: The University of Michigan Press.
- Steven, J. & Conoley, J (1984). **Child behavior disorders and emotional disturbance: An Introduction teach troubled Children**, Englewood cliffs: prentic hall.

الفصل الثالث

خصائص (صفات) الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً

- المقدمة
- أولاً - الخصائص الإنفعالية والإجتماعية
- ثانياً - الخصائص العقلية والأكاديميّة
- ثالثاً - الخصائص الحركيّة
- خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وإنفعالياً على مختلف فئاتهم
- خصائص خاصة بالأطفال من ذوي الإضطرابات السلوكية والانفعاليه الشديدة والشديدة جداً (الإعتمادية)
- مراجع الفصل الثالث



الفصل الثالث

خصائص (صفات) الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً

المقدمة

هذا وتعتبر الاضطربات السلوكية مجالاً جديراً بالاهتمام من قبل الباحثين والعلماء، حيث أنهم مجموعة غير متجانسة من حيث الصفات والخصائص فالطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع إنشاء علاقات اجتماعية وفعالة مع غيره، ويتصف سلوكه بأنه غير مرغوب فيه. ولا يستطيع هذا الطفل أن يستفيد من طاقاته وقدراته أو أن يستخدمها على نحو ما لأنه يرى دائماً نفسه بأنه فاشل ولذلك فهو يحتاج إلى المساعدة منا بقدر كبير حتى يتمكن هذا الطفل أو الشخص من التصرف بسلوك سوي مقبول اجتماعياً.

فهناك صعوبة في وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيين والأطفال ذوي الاضطربات السلوكية والانفعالية، فجميع الأطفال يظهرون أنماط سلوك عدوانية مختلفة أو أنماط سلوك انسحابية أو أنماط سلوك مضادة للمجتمع من وقت لآخر. ولكن ما يميز أنماط سلوك الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً التكرار والشدة والطوبغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك. (يحيى، 2003).

واضطربات السلوك Behavior Disorders أو الاضطربات الانفعالية Emotional Disturbances كلها مصطلحات تصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون وبشكل متكرر أنماطاً مختلفة من السلوك، ولكن ما هي الخصائص العامة التي تحدد سويّة السلوك أو عدمه؟

أولاً: الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

من أكثر الصفات شيوعاً من الناحية الاجتماعية والانفعالية: العدوانية والانسحاب.

أ- السلوك العدواني:

يعتبر السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربة ظهوراً لديهم مثل الضرب والقتال والصراخ، ورفض الأوامر، والتخريب المتعمد. هذا مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين، فهم يبكون ويصرخون ويضربون ويقاتلون ويفعلون معظم الأشياء التي يفعلها الأطفال المضطربون سلوكياً والمعوقون انفعالياً، ولكنها لا تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكياً وانفعالياً. هذه الفئة من الأطفال تربك الكبار، وهم لا شعبية لهم بين أقرانهم، ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة وإيجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية والاهتمام. يعتبر بعض هؤلاء الأطفال ممن لهم نشاط زائد أو إصابة في الدماغ، وبعضهم يطلق عليهم سيكوباثيين (Sociopathic) لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمداً دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ. وسلوكهم هذا مزعج جداً، ولا نستطيع مقاومته بطرق مقاومة السلوك المزعج العادية، وهم غالباً ما يؤنّبون ويعاقبون، ولكن لا يكون لذلك أية نتيجة. وبسبب طريقة إعاقتهم فإنهم يتميزون بإنماط سلوكهم المنحرفة مدة من الزمن، مما يثير سخط الكبار وغضبهم، وأنماط سلوكهم هذه تكون مستمرة وليست في مدة زمنية معينة.

ومثل هؤلاء الأشخاص غالباً ما يصرخ عليهم ويعاقبون، لذلك نرى أنه يجب التركيز على عملية التفاعل بين سلوك الطفل وسلوك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل (Halla-han & Kauffman, 1991)

وقد درس باترسون وزملاؤه (Paterson, 1972) السلوك العدواني لدى الأطفال العاديين والمضطربين إنفعالياً فوجدوا فروقاً ذات دلالة احصائية بين تكرار أشكال السلوك العدواني، لدى كل من العاديين والمضطربين إنفعالياً، كما درس باندورا وزملاؤه (Bandura, et.al 1973) السلوك العدواني وأشاروا إلى إن السلوك العدواني هو سلوك متعلم ويحدث نتيجة لإحباط الطفل سواء أكان ذلك في الأسرة أو المدرسة.

هذا ويشجع العدوان بطرق عدة مثل المكافآت الخارجية (المكانة الاجتماعية، القوة، الحصول على أشياء محببة) مكافآت بديلة (أن يرى الآخرين يحصلون على نتائج مرضية لعدوانهم) والتعزيز الذاتي (رضا الذات).

أما بالنسبة للعقاب، فمن الممكن أن يزيد استعماله من العدوان في حالات عدة، وهي إذا كان العقاب لا يتناسب والسلوك الذي قام به الفرد، أو إذا كان العقاب متأخراً بعد حدوث السلوك بوقت طويل.

ومن أكثر التكنيكات نجاحاً تتضمن التزويد بنماذج لاستجابات غير عدوانية في ظروف العدوان المزعج، أو مساعدة الطفل في لعب دور السلوك غير العدواني، أو تعزيز السلوك غير العدواني، أو منع الطفل من الحصول على نتائج إيجابية لعدوانهم أو استخدام العقاب عند وقوع السلوك العدواني، بحيث يكون العقاب على شكل الإقصاء (Time out) أي عزل اجتماعي لمدة قصيرة بدلاً من الصراخ أو الضرب. إن الفشل الاجتماعي والعدواني والسلوك الموجه نحو المجتمع في الطفولة بشكل عام يعني مستقبلاً مظلماً مقارنة بمصطلحات العدالة الاجتماعية والصحة العقلية.

وتشير الدراسات إلى إن العدوان أو السلوك الموجه نحو الخارج يظهر لدى الذكور اكثر منه لدى الإناث.

كما أن السلوك العدواني يتلازم مع الفشل المدرسي، فهناك أهمية واضحة لتلبية حاجات الأطفال متدنيي التحصيل والعدوانيين (Hallahan & Kauffman, 2003) (القمش والإمام، 2006، ص: 275).

ب - السلوك الانسحابي Social Withdrawl

يعتبر السلوك الانسحابي مظهر آخر من المظاهر المميزة لذوي الاضطرابات السلوكية والإنفعالية ومثل هذه الاضطربات تحمل مستقبلاً سيئاً بالنسبة للصحة العقلية عندما يكبر الطفل.

ولا يستطيع المضطربون سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة أو متوسطة والذين يتعرضون لنوبات سلوكية مثل الانسحاب في إقامة علاقات إنسانية طبيعية ومستمرة، ومثل هؤلاء يصعب عليهم مواجهة ضغوط الحياة اليومية ومتطلباتها. (السرطاوي وسيسالم، 1987)

وهناك عدة تفسيرات للسلوك الإنسحابي، فالمؤيدون للاتجاه التحليلي يرون أن وراء هذا السلوك الإنسحابي صراعات داخلية ودوافع خفية غير مدركة، أما علماء النفس السلوكيون فيرجعون هذا الفشل في التعليم الاجتماعي، ووجهة نظر التعلم الاجتماعي قد دعّمت من قِبل كثير من الأبحاث التطبيقية وهم يُرجعون الانسحاب إلى البيئة غير الملائمة، وتتضمن العوامل السلبية للتنشئة الاجتماعية المقيدة جدا، والعقاب لاستجابات اجتماعية ملائمة، وتعزيزاً للسلوك الانسحابي، وفقدان فرصة تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية، ونماذج لسلوكات غير مناسبة (يحيى، 2003).

هذا ويعتبر السلوك الإنسحابي هو سلوك موجه نحو الداخل (Internalizing) أو نحو الذات وهو يتضمن الابتعاد من الناحيتين الجسمية والنفسية الانفعالية عن الأشخاص الآخرين وعن المواقف الاجتماعية التي تتطلب من الطفل التفاعل الاجتماعي.

هذا وتظهر أشد حالات السلوك الانسحابي لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من ذهان الطفولة. وهذا النوع من السلوك يكثر بين الإناث مقارنة بالذكور (Shea, 1978) .

إن تأثير السلوك الانسحابي يكون على الفرد نفسه وليس على الآخرين إذا أنه لا يؤثر على الضبط الصفي ولا يسبب مشكلات للمعلم. إن الأفراد الانسحابيين عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكاتهم ومترددون في تفاعلهم مع الآخرين ونادراً ما يلعبوا مع الأطفال في مثل سنهم، بالإضافة على أنه تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وقد تنمو لديهم مخاوف لا أسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة.

وتعد المظاهر السلوكية الآتية من أبرز المظاهر التي تعبر عن السلوك الإنسحابي لدى الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً :

- العزلة والتقوقع حول الذات.
- الاستغراق في أحلام اليقظة.
- الخمول والكسل.
- عدم المبادرة الإجتماعية.
- عدم تكوين صداقات (القمش والإمام، 2006).

ج- السلوك الفج (Immature Behavior):

يقصد بالسلوك الفج، ذلك السلوك غير الناضج انفعالياً، والذي يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً، مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين في المواقف الانفعالية نفسها، ومن الأمثلة التي توضح ذلك، ما يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً من مواقف انفعالية لا تتناسب وطبيعة الموقف الانفعالي، من مثل المبالغة بالضحك واللامبالاة في المواقف المحزنة أو العكس، ويعتبر النكوص (Regression) مثالاً جيداً على أنماط السلوك غير الناضجة والتي تبدو من الأفراد المضطربين انفعالياً،

ويقصد بذلك أن يسلك الفرد المضطرب انفعالياً بطريقة طفولية أو بأساليب طفولية كانت ناجحة فيما مضى، إزاء المواقف الانفعالية، مثل البكاء والاعتماد على الآخرين، والتخلي عن المسؤولية.. الخ (Hallahan & Kauffman, 1991)

ثانياً: الخصائص العقلية والأكاديمية:

تتمثل الخصائص العقلية والأكاديمية للأفراد المضطربين انفعالياً في عدد من المظاهر وخاصة لذوي الاضطرابات الانفعالية المتوسطة والبسيطة، والسؤال هنا هل تؤثر الاضطرابات السلوكية على قدرات الفرد العقلية أو الأكاديمية؟ وهل يزداد أو ينقص أداء الأفراد المضطربين سلوكياً على إختبارات الذكاء أو الإختبارات التحصيلية المدرسية؟

إن الإجابة على تلك الأسئلة مرهونة بالتعرف على خصائص الأفراد المضطربين سلوكياً العقلية وأثرها على أدائهم التحصيلي، وهنا لا بد من ذكر الملاحظات التالية:

1 - يصعب قياس وتشخيص القدرة العقلية للإفراد المضطربين انفعالياً، وذلك بسبب صعوبة ضبط هؤلاء الأفراد في موقف اختباري يتطلب شروطاً معينة حتى يتم التعرف على قدرات هؤلاء الأفراد العقلية، خاصة ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة.

2 - تشير الدراسات التي أجريت حول موضوع قياس، وتشخيص القدرة العقلية للأفراد المضطربين انفعالياً والذين أمكن قياسهم وتشخيصهم، إلى أن قدرات هؤلاء الأفراد المضطربين انفعالياً، تقع في حدود متوسطي الأداء العقلي على مقاييس الذكاء، أي متوسط أداء الأطفال المضطربين انفعالياً هو بحدود 100 - 90 كما هو الحال لدى الأطفال العاديين، وتشير الدراسات إلى أن هناك نسبة من الأفراد المضطربين انفعالياً والذين قد تزيد نسبة ذكائهم عن متوسط الأطفال العاديين. (السرطاوي وسيسالم، 1987).

3 - تشير الأبحاث التي أجريت حول موضوع تحصيل الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية وخاصة الدراسات التي يذكرها هلهان (1977) وهيوارد (1980) إلى تدني أداء الأفراد المضطربين انفعالياً من الناحية التحصيلية، ففي الدراسة التي أجرها جلافن وزميله (Glavin& Annesley, 1971) على 130 طفلاً من الأطفال المضطربين انفعالياً، أشارت إلى أن 18% من تلك المجموعة تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة، وأن 72% منهم تواجه مشكلات تحصيلية في الرياضيات. وتشير الأبحاث أيضاً أن معظم الأشخاص المضطربين سلوكياً وانفعالياً يكون تحصيلهم في المدرسة منخفضاً مقاساً بإختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسميه فهم في العادة يحصلون على

درجات أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، وقليل جداً من يحصلون على درجات عالية في التحصيل، إن الكثيرين من الذين يعانون من الإضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الأكاديمية الأساسية التي تشمل القراءة والكتابة والحساب، والقليل منهم من الذين يملكون مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها والتعامل معها في الحياة اليومية (القمش والإمام، ص : 274).

4 - يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأطفال المضطربين سلوكياً بعوامل متعددة، منها تدني القدرة العقلية لبعضهم، إذ ليس من المستغرب أن نلاحظ تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكياً، وذلك بسبب تدني قدراتهم العقلية المقاسه باختبارات الذكاء كما يمكن تفسير تدنّي الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكياً بعامل آخر هو أثر مظاهر الاضطراب الانفعالي على انتباه وتركيز الأطفال المضطربين سلوكياً في المواد الدراسية، فالطفل المضطرب انفعالياً يشغل معظم وقته وتفكيره في أشكال السلوك العدواني أو الانسحابي، ويصعب عليه في مثل هذه الحال أن يركز انتباهه على المواد الدراسية ومتطلباتها، وعلى ذلك فليس من المستغرب تدني التحصيل الأكاديمي لهؤلاء الطلبة بسبب مظاهر الاضطرابات الانفعالية التي يعانون منها. وأخيراً فيمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكياً بعامل آخر، وهو ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات الانفعالية بحالات أخرى من الإعاقة، كصعوبات التعلم والتي يعتبر فيها النشاط الزائد للفرد (Hyperactivity) سبباً في تشتت انتباه الفرد وتركيزه. (عبد الرحيم، 1982).

ثالثاً: الخصائص الحركية:

تعتبر الإنحرافات في الاستجابات الحركية من بين أهم الأعراض التي يمكن ملاحظتها، وتعتبر التعابير غالباً بأنها ذات طبيعة نشطة وتتضمن أشكالاً من السلوك العرضي مثل الركض، ذرع المكان ذهاباً وإياباً، عدم الراحة، مرجحة اليدين، هيجان المزاج، وتمزيق أو رمي الأشياء، يبدو أن بعض النشاطات السلبية تكون فعالة في تخليص بعض الأفراد من القلق كتجميد الحركة وفقدان تناغم العضلة وضبطها في حالة الإغماء أو التشنج، وهي أيضاً من الأمور التي تواجههم، هذا وقد تأخذ الاستجابات الحركية نوعية متواصلة مثل تكرار غسل اليدين والمشي من أجل تجنب الشقوق على رصيف المشاة، إن هذه الأعمال المتكررة تسمى قسرية، قد يكون للنشاط الحركي نوعية شعائرية أو رسمية، الانشغال في الكتب على أنها مرتبة/ منطوية، وأن الملابس معلقة بترتيب ثابت، والأحذية منتظمة (القريوتي وآخرون، 1995).

خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً على مختلف فئاتهم:

1- الفهم والاستيعاب Comprehension:

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة.

2- الذاكرة Memory:

الذاكرة هي القدرة على استرجاع المعرفة المتعلمة سابقاً، بعض الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل الملابس والأدوات وموقع صفوفهم.

3- القلق Anxiety:

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجولون وانسحابيون ولا يشتركون بسلوكات هادفة في بيئتهم، ويظهرون القلق في النجاح وفي الفشل على حد سواء، أو عند لقاء أصدقاء جدد، أو وداع أصدقاء قدماء، أو عند البدء بنشاطات جديدة، أو عند انتهاء نشاطات مألوفة.

4- السلوك الهادف إلى جذب الانتباه Attention seeking behavior:

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده، وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكات لجذب الانتباه تتضمن الصراخ، أو المرح الصاخب، أو التهريج، أو الأخذ بآخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين والرجلين.

مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه. (Shea, 1978)

5- السلوك الفوضوي Disruptive behavior:

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكات الفرد أو الجماعة، ويتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء،

والصغير وسلوكات أخرى تعيق النشاطات القائمة، وتتضمن هذه السلوكات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

6- العدوان الجسدي Physical Aggression:

وهو عبارة عن القيام بسلوكات جسدية عدائية ضد الذات و الآخرين بهدف ايذائهم وخلق المخاوف، والعدوان الجسدي ضد النفس، ويوصف بنشاطات تحطيم الذات مثل الضرب والعض والخدش، والإلقاء بالنفس على اسطح قاسية مثل الجدران والأرض وهكذا.. والهدف من مثل هذا السلوك هو إلحاق الأذى الجسدي بالذات.

7- العدوان اللفظي Verbal Aggression:

العدوان اللفظي هو سلوك عدائي ضد الذات أو الآخرين للإيذاء، أو خلق المخاوف، والعدوان اللفظي ضد الذات يوصف بعبارات تحكيم الذات مثل قول (أنا غبي)، (أنا أحمق)، (أنا سيء)، (خلقني الله عديم الفائدة)، والهدف من هذا السلوك هو إلحاق الأذى النفسي بالذات

8- عدم الاستقرار Instability:

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، ويتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الانسحابي، ومن الهدوء إلى الحركة، ومن كونه متعاوناً إلى غير متعاون، وهكذا.

هذا التقلب في المزاج غير متنبأ به، ويحدث دون وجود سبب ظاهر، ويوصف هؤلاء دائماً بأنهم سريعي التهيج وسلوكهم غير قابل لأن يتنبأ به.

9- التنافس الشديد Over Competitveness:

عبارة عن سلوك لفظي أو غير لفظي يكون للفوز بالمنافسة، أي أن يكون الفرد الأول أو الأحسن في نشاط معين أو مهمة معينة، وهذه المنافسة يمكن أن تكون مع الذات أو مع الآخرين. وروح المنافسة واحدة من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا. وهذه المنافسة تكون موجودة في الأحداث الرياضية، وفي المدرسة. أما المنافسة الشديدة فتؤثر تأثيراً كبيراً على مفهوم الذات لدى الطفل، وبخاصة إذا كانت المنافسة غير واقعية، وهذه بعض مظاهر المنافسة الشديدة التي تؤثر على الطفل في المدرسة:

1- رد فعل عدائي أو غير مناسب عندما لا يكون الأول في نشاط معين.

2- رد فعل عدائي للفشل في نشاط معين.

3- الشعور بالإحباط عند التعرض لنشاط غير مألوف.

4- الاهتمام الزائد بالقوانين والتعليمات.

5- الإصرار على التغييرات في القوانين والأنظمة.

6- إظهار عدم الإهتمام.

7- عدم الرغبة بالانخراط بنشاطات جديدة (يحيى، 2003، ص 95-94).

10- عدم الانتباه Inattentiveness:

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدد، هذا السلوك يتضمن عدم الاهتمام بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف، ويظهر أنه مشغول البال، أو يقوم بأحلام اليقظة.

11- الاندفاع Impulsivity:

هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير، وضعف في التخطيط، وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة، وغالباً ما تكون نتائج هذه الاستجابات خاطئة، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون.

12- التكرار Reseveration:

هو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط، بحيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر، هذه المثابرة قد تكون لفظية أو جسدية، فقد يستمر الطفل بالضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرون قد توقفوا عن الضحك، أو أن يجيب عن سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة، أو أن يستمر في الكتابة على ورقة ليصل إلى أقصى نهايتها، أو أن يستمر في ترداد كلمة معينة أو رقم معين، وهكذا..

13- مفهوم ذات سيء او متدن Concept- Poor self:

هو إدراك الشخص لذاته كفرد، أو أبن، أو ابنه، أو طالب أو صديق، أومتعلم، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فعالية الذات، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم على أنهم غير مناسبين، أو فاشلين، أو غير متقبّلين، ويتمثل مفهوم الذات السيء بعبارات تعكس هذا المفهوم من مثل: "لا أستطيع فعل ذلك"، "هو أفضل مني"، "لن أفوز أبداً"، "أنا لست

جيداً مثل هؤلاء الأفراد يكون لديهم حساسية مفرطة عند النقد، ولا يكون لديهم الرغبة في الإنخراط في كثير من النشاطات.

14- السلبية Negativism:

هي المقاومة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات، والنصائح، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل (بعدم الرغبة في أي شيء)، و (الموافقة على نشاطات قليلة)، (الاستمتاع بعدد محدود من النشاطات)، (دائماً يقولون لا)، وإذا سئلوا يدل جوابهم على عدم السعادة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء أو في تناول الطعام أو في البيت أو في المجتمع، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة.

15- الانحراف الجنسي:

عبارة عن سلوكات ذات دلالة جنسية غير مقبولة اجتماعياً، حيث إن هذا السلوك يخلق مسائل كثيرة ومتنوعة عندما تكون هناك محاولات لإظهار هذه السلوكات.

أولاً: من المعروف أن السلوك الجنسي يختلف حسب التقاليد المتبعة في المجتمع الواحد، وغالباً ما يعتمد تقييم مثل هذه السلوكات على ثقافة هذا الشخص الممارس لهذا السلوك ومجتمعه، وعلى ثقافة الشخص الذي يلاحظ هذا السلوك ومجتمعه.

ثانياً: بسبب وجود عدد كبير من المعلومات حول مظاهر السلوك الجنسي، فهناك صعوبة في تحديد معايير مقبولة للسلوك الجنسي في المجتمع في حالة وجود معيار عالمي. هناك مجموعة من الأطفال والكبار يحولون إلى صفوف خاصة يظهرون واحدا أو أكثر من أنماط السلوك الجنسية التالية:

1 - انحرافات جنسية غالباً ما تظهر على شكل إثارات ذاتية، أو تدليل للأطفال أو للحيوانات.

2- إظهار سلوك غير مناسب لجنس الفرد، أي أنه يتصرف بطريقة مختلفة عن أقرانه من نفس الجنس.

3- ألفاظ أو إيماءات ذات دلالة جنسية.

ومعظم الإحالات تكون بسبب الحساسية الزائدة لدى الآباء والمعلمين، والسلوكات الجنسية غير الملائمة غالباً ما تلاحظ من قبل الأطفال الذين ينقصهم نموذج جيد لهذا السلوك في البيت، والخطوات التي يجب أخذها من قبل المدرسة تزويد هؤلاء الأطفال بنماذج جذابه ومناسبة ومقبولة.

فالاستخدام المتكرر من قبل الأطفال خاصة الكبار منهم للسلوكات الجنسية هي:

محاولة لجذب الانتباه من الآخرين منهم يتعلمون أن مثل هذه السلوكات سوف تجعلهم موضع اهتمام من قبل الكبار والأقران في البيئة، ومعظم الأطفال يجهلون ما تعنيه هذه الألفاظ والحركات التي يستخدمونها لجذب الانتباه فقط، فهم يعرفون أنها تجلب الانتباه. (يحيى، 2003)

وفي دراسة أجريت في الولايات المتحدة قام بها من العلماء (Pasamanik, Regor, Linienfeld) عام 1969 حيث قام هؤلاء العلماء بتحليل 363 سلوك طفل أمريكي من الأطفال البيض المضطربين سلوكياً وأظهرت نتائج الدراسة الخصائص السلوكية التالية وهي مرتبة حسب ما وردت في الدراسة:

1- التمرد وعدم الامتثال

2- السلوك الجسمي للمتمرد.

3- السلوك غير المرغوب به في المدرسة.

4- النشاط الزائد.

5- عدم الامتثال اللفظي.

6- مهاجمة الآخرين.

7- التناقض وعدم التنظيم.

8- الانسحاب.

9- الشكوى والتذمر.

10- النشاط الجنسي.

11- صفات أخرى من السلوكيات غير المصنفة (Millman, 1981)

خصائص (صفات) خاصة بالأطفال من ذوي الإضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً (الاعتمادية) :

لقد أشارت العديد من الدراسات إلى العديد من الصفات والخصائص التي يمتاز بها الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة وشديدة جداً، وفيما يلي توضيح لأهم هذه الصفات والخصائص مع ضرورة الإشارة إلى أنه ليس بالضرورة أن تظهر لدى الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة أو شديدة جداً جميع هذه الصفات حيث يجب التركيز على معايير معيّنة مثل التكرار والشدة والفترة الزمنية لحدوث السلوك.

- **نقص مهارات الحياة اليومية:** تنقصهم مهارات العناية بالذات قد يكونوا غير قادرين على إطعام أنفسهم، وغير متدربين على استخدام الحمام في سن الخامسة أو حتى العاشرة، وغير قادرين على التواصل مع الآخرين، إنهم يقدمون صورة طفولة عاجزة.
- **انحرافات إدراكية/ حسية:** من الشائع أن تجد أن الطفل شديد الاضطراب يظن أنه معاق بصرياً أو سمعياً، لأنه يبدو للوهلة الأولى أنه غير واع لما يجري حوله: إنه يتجاهل الناس. ويبدو أنه لا يتأثر بالحديث أو الصوت العالي أو الأضواء الساقطة، باختصار إنه غير مستجيب للمثيرات السمعية والبصرية.
- **عيوب معرفية:** اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل تكون درجاتهم في مستوى المعاقين عقلياً بدرجة شديدة في بعض الحالات قد يبدو أن الطفل ملائم من ناحية عقلية، إذ أنه يستطيع أن يستمر في المحادثة، ولكن بعد فترة يبدو واضحاً أن هناك فقط موضوع واحد يستطيع التحدث عنه، وتدخل فيه جملة وأسئلة لا معنى لها، العديد من الأطفال شديدي الاضطراب "يبدون" أذكياء وبعضهم يستطيع أداء عمليات تعتمد على الذاكرة، إلا أنه ذكاءهم خادع أو مضلل- إنهم لا يستطيعون تطبيق مهاراتهم ومهامهم اليومية.
- **عدم ارتباطهم أو علاقتهم بالناس الآخرين:** أحد المظاهر لسلوك الأطفال شديدي الاضطراب هو أنهم لا يتفاعلون مع الآخرين، بما فيهم والديهم وإخوانهم، لا يكيف الطفل قوامه عندما يحمله الأب أو الأم، لا يوجد تبادل مشترك من الدفء والرضا بين الكبير والطفل.
- **الانحرافات اللغوية والنطقية:** العديد من الأطفال شديدي الاضطراب لا يتكلمون مطلقاً، ويبدو أنهم يفهمون اللغة، بعضهم يظهر المصاداة (أي ترديد ما يقوله الآخرين بغير فهم)، إنهم يستخدمون الضمائر بطريقة خاطئة.
- **إثارة أو تنبيه الذات:** السلوك النمطي، المتكرر لتحقيق إثارة حسية أمر شائع عند شديدي الاضطراب، إن إثارة الذات تأخذ أشكالاً عدة (الهمس باللعب، تدوير أو لف جسم ما، التربيت على الخد، ضرب اليد، الحملقة في الضوء).من الصعب اشتغال دوي الإضطرابات الانفعالية الشديدة في نشاط آخر.
- **سلوك إيذاء الذات:** بعض الأطفال شديدي الأضطراب يؤذون أنفسهم باستمرار وعن قصد، وطرق ايذاء الذات التي يتبعها هؤلاء الاطفال كثيرة، وتتضمن (العض- الضرب- الطعن).

- **العدوانية تجاه الآخرين:** ليس من غير المعتاد أن يلقي ذوي الاضطرابات الانفعالية بدرجة شديدة بمزاجهم الشديد على الآخرين أو أن يعاملوا الآخرين بطرق سيئة وقاسية، العض والخدش ورفس الآخرين، تعتبر من الخصائص العامة لهؤلاء الأطفال.
- **التكهن الضعيف:** إن التكهن أو التقدير لما يمكن أن يحدث هو أمر ضعيف عند هؤلاء الأطفال، فهم ميالون للتصرف على مستوى المعاقين علقلياً.. (Hallahan & Kauff-man, 1991).
- **عجز الإدراك:** يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين انفعالياً بشكل شديد لاختبار، والذين نستطيع تطبيق اختبارات الذكاء والتحصيل عليهم، يحصلون على درجات منخفضة جداً وكأنهم متخلفون عقلياً بدرجة شديدة، في بعض الحالات يمكن أن نرى بعض الذكاء لدى الطفل عندما يستمر في محادثة ما، ولكن بعد فترة يكون من الواضح أن هناك موضوعاً واحداً محدداً فقط يستطيع أن يتحدث فيه، أنه سرعان ما تتحول المحادثة إلى شيء عديم الفائدة، وبعض الأطفال المعوقين انفعالياً وسلوكياً يبدون أذكياء وبعضهم يبرز قدرة مدهشة على التذكر والتقدير،ولكن ذكاءهم هذا يكون زائفاً، فهم لا يستطيعون استخدام هذا الذكاء وإظهاره في المهمات والمهارات كل يوم (يحيى، 2003)

وتجدر الإشارة إلى أن معظم الدراسات توصلت إلى وجود خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً على مختلف فئاتهم وأهم هذه الخصائص:

1) لديهم ضعف في الفهم والاستيعاب.
2) لديهم ذاكرة ضعيفة
3) قلق غير مبرر
4) يظهرون سلوكات تهدف على جذب الانتباه.
5) لديهم مزاج متقلّب.
6) لديهم حركة زائدة وتشتت في الانتباه.
7) مندفعين ومتسرعين.
8) تقديرهم لذاتهم متدني.
9) غير قادرين على بناء علاقات اجتماعية فعّالة.
10) يظهرون سلوكات جنسية منحرفة.
11) الشكوى من علل النفس- جسدية غير صحيحة.
12) التمرد المستمر.
13) لديهم ضعف في الدافعية. (Shea, 1978)

مراجع الفصل الثالث

المراجع العربية :

- السرطاوي، زيدان وسيسالم، كمال (1987). **الموقون أكاديمياً وسلوكياً: خصائصهم وأساليب تربيتهم**، الطبعة الأولى، الرياض: دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- عبدالرحيم، فتحي السيد (1982)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة**، الطبعة الأولى، الكويت: دار القلم.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبدالعزيز، الصمادي، جميل (1995). **مدخل إلى التربية الخاصّة**، الطبعة الأولى، دبي: دار القلم.
- القمش، مصطفى والإمام، صالح (2006). **الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصّة "أساسيات التربية الخاصّة"**، الطبعة الأولى، عمان: دار الطريق.
- يحيى، خولة أحمد (2003). **الإضطرابات السلوكية والانفعالية**، الطبعة الثانية، عمان : دار الفكر.

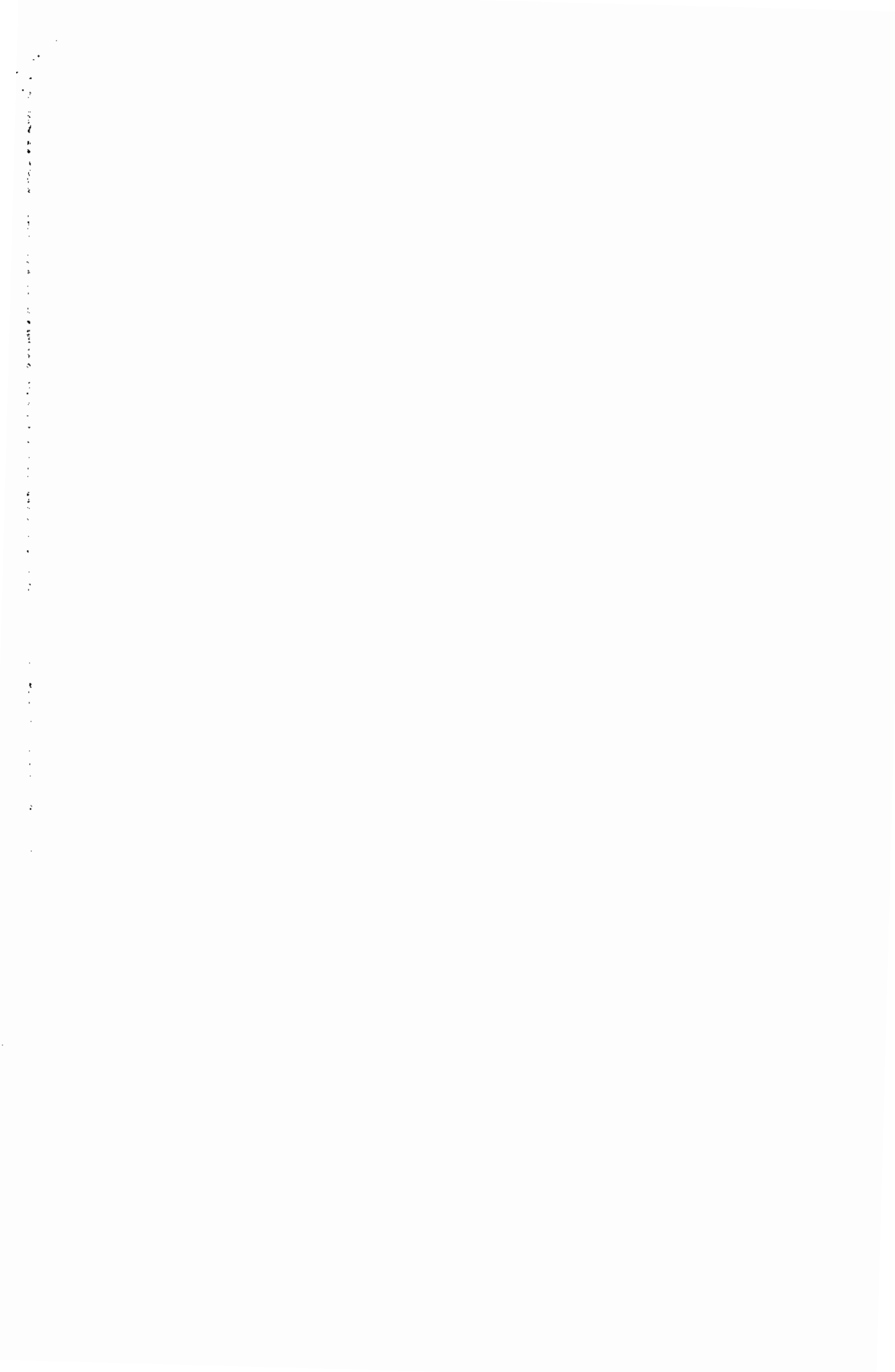
المراجع الأجنبية :

- Hallahan, D & Kauffman, J. (1991). **Exceptional Children: Introduction to Special Education**. (5.ed), New Jersey: Prentic-Hall. Inc, Englwood Cliffs.
- Hallahan, D., & Kauffman, J. (2003). **Exceptional Learners. Introduction to Special Education.** New Jersey: Prentic-Hall. Inc, Englwood Cliffs.
- Millman, Heward, L. (1981), **Therapies for School behavior problems**, San Francisco: Jossey-Bass.
- Shea, Thomas, M. (1978). **Teaching Children and Youth with behavior disorders**, U.S.A: The C.V. Mosby Company.

الفصل الرابع

قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالـيـة

- المقدمة
- الكشف، التعرّف، التشخيص، التقييم
- التعرّف والتشخيص
- أولاً : التشخيص البيولوجي
- ثانياً : التعّرف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية والتربوية
- ثالثاً : التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية
- رابعاً : التقييم التشخيصي في الجوانب الإجتماعية
- مراجع الفصل الرابع



الفصل الرابع

قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية

المقدمة

تعتبر إجراءات التعرّف والفحص والتشخيص لاضطرابات السلوك عملية معقّدة وتحتاج إلى جهد كبير وذلك بسبب عدم الاتفاق التام على تعريفات اضطرابات السلوك أو حتى بسبب تفسير التعريف بشكل مختلف. كذلك، فإن المهنيين الذين لهم علاقة بالفحص والتشخيص يختلفون فيما بينهم في الطرائق والإجراءات والفلسفات التي يتبنونها، وذلك اعتماداً على الاتجاهات النظرية المختلفة التي يعتمدونها. ومع كل هذه الصعوبات، فإن التربويين والمهنيين في مجال الصحة العقلية يستخدمون إجراءات عامة وذلك لتحديد الأطفال المضطربين، ولتقييم مشكلاتهم وذلك من أجل استخدام المعالجة المناسبة. (القمش والإمام، 2006، ص: 276-277).

وهذه الإجراءات تحاول الإجابة عن الأسئلة التالية :

- كيف نتعرف على الطفل المضطرب انفعالياً أو سلوكياً؟
- هل هذه المشكلة شديدة بدرجة كافية بحيث تتطلب تدخلاً؟
- ما هي طبيعة التدخل الذي يجب أن يكون؟

هذا ويتواجد الطلبة المضطربون سلوكياً وانفعالياً في كل برنامج تربوي، ويبدو تأثيرهم على كل من يتصل بهم، فالأطفال ذوو السلوكات الجيدة سيكتسبون بعض التصرفات غير المرغوبة من قبل أقرانهم المضطربون سلوكياً و انفعالياً، لذا عنيت التربية الخاصة بمصادرها المختلفة بهذه الفئة من الأفراد لأنها تمثل الإزعاج عند تواجدها داخل البرنامج التعليمي بحيث يصعب على المعلم ضبطهم والتعامل معهم والطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً سواء أكانت المشكلة التي يعاني منها تتمثل بالعدوانية الزائدة أم الانسحاب لا بد أن يؤثر بكل ما يحيط به. (يحيى، 2003، ص 106-104).

لذا لا بد من تصميم برامج تدخل وتنفيذها والتي تتطلب برامج كشف وتعرف وتشخيص، فثمة علاقة منطقية بين الكشف والتدخل، إذ كيف يمكن تقديم خدمات التدخل دون الكشف والتشخيص، وبالمثل ما الفائدة المرجوة من الكشف إذا لم تكن هناك برامج للتدخل.

إن عملية قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية تبدأ بملاحظة المظاهر السلوكية غير العادية عند الإطفال من قبل الآباء والمعلمون والمختصون والتي لا تتناسب والمرحلة العمرية التي يمرون بها. وتختلف عن السلوكات العادية من حيث شدتها وتكرارها وبعد أن يتم التعرف إلى الأطفال الذين يشك بأنهم مضطربين انفعالياً، وتأتي مرحلة التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال المشكوك بهم، من خلال عملية التشخيص والتقييم الشاملة. (Epanchin & Paul, 1992)

الكشف، التعرف، التشخيص، والتقييم

Screening, Identification, Diagnosis and Evaluation

إن الكشف، التعرف والتشخيص عبارة عن إجراءات تستخدم من قبل المعنيين للإنتقال من موضوع التساؤل: هل عند الطفل مشاكل سلوكية؟ إلى موضوع أكثر تعريفاً وهو وصف التدخل المناسب، وهي عبارة عن مراحل منفصلة في عملية تسمية الأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً وتقييمهم.

الكشف Screening

وهو عملية أولية تمهيدية للمراحل اللاحقة، يقوم بها الوالدين المعلمون والفريق المتخصص، ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم على مجموعة من الأطفال، بغية التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم.

وقد أصبح التركيز على عملية الكشف و إجراءاته خلال العقدين السابقين تركيزاً يتصف بالفعالية، وقد جاء هذا الاهتمام من خلال الاعتقاد الذي ترسخ من الأبحاث في أن الكشف والتدخل المبكر يساعد على قلة انتشار اضطرابات السلوك. (يحيى، 2003، ص 106)

إذ يرتبط الكشف المبكر ارتباطاً وثيقاً بالوقاية من الإعاقة، ويتطلب تنفيذ حملات

توعية واسعة النطاق بغية تشجيع المجتمع على التعرف إلى الأطفال المرشحين لبرنامج التدخل المبكر، علاوة على ذلك فان الكشف يسعى إلى فرز الأطفال المعوقين و يستهدف الوصول إلى الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة على اعتبار أن التدخل المبكر الموجه نحوهم قد يحول دون تفاقم مشكلاتهم وبالتالي الوقاية من حدوث الإعاقة لديهم.

ويمكن الاعتماد على أكثر من طريقة للكشف عن اضطرابات السلوك أهمها:

1. تقديرات المعلمين Teachers Ratings

وفيها يُطلب من المعلم الذي يكون على علاقة بالطالب ويعرفه لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر أن يقدّر الطالب على قائمة تقدير أو قائمة شطب من السلوكات المضطربة لبيان هل توجد اضطرابات سلوك عند الطفل، وإذا وجدت إلى أي درجة.

إن هناك ما يبرر استخدام مثل هذه التقديرات للكشف عن اضطرابات السلوك للأطفال في سن المدرسة لأن هناك افتراض من أن المعلمين أكثر صدقاً في تقديراتهم وأكثر موضوعية مقارنة بالآخرين. ومع ذلك، فإن هناك دراسات تشير إلى تحيز المعلمين في تقديراتهم، إذ أنهم يميلون إلى عدم تحويل الطلبة الذين يظهرون سلوكات موجهة نحو الداخل كحالات السلوك الموجه نحو الخارج كالعدوان والفوضى والتخريب لأن مثل هذه السلوكات تؤثر على الضبط الصفي وتسبب إزعاجاً للمعلم. من هنا، وحتى تكون تقديرات المعلمين فعالة، يجب أن تكون السلوكات التي تعبر عن الاضطراب محددة ومعرفة إجرائياً ومفهومة وواضحة بالنسبة للمعلم (Epanchin & Paul, 1992) .

هذا ويعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً في سن المدرسة وذلك للأسباب التالية:

- المعلمون مدربون على التعرف والتعامل مع أنماط تطور الشخصية عند الأطفال.
- إن وظيفة المعلم المتمثلة في التدريس داخل غرفة الصف تزوده بعدد من السلوكات المتنوعة التي تصدر عن الأطفال، فيصبح أكثر خبرة ومعرفة بها.
- يتفاعل المعلمون مع الأطفال عدة ساعات كل يوم.
- تزيد النشاطات الجماعية أو الفردية التي توفرها الظروف المدرسية من كفاءة المعلم عند إصداره الأحكام على سلوكات الأطفال.

ومع أن المعلمون يعتبرون من أصدق المقدرين، إلا أن الدراسات أشارت إلى أنهم قد يكونوا متحيزين، وهذا يتضح من مقارنة تحويلات المعلمين التي يمكن أن تكون إما مبالغاً

فيها أو منخفضة جداً. فمثلاً يميل المعلمون إلى عدم تحويل حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل، لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجاً لهم، ولا تؤثر على سير العملية التعليمية، بينما يميلون إلى تحويل حالات السلوك الموجهة نحو الخارج كالازعاج، الفوضى، اضطرابات التصرف والحركة الزائدة، لأن ذلك يسبب إزعاجاً للمعلم وتأثيراً مباشراً على سير العملية التربوية في الصف. (يحيى، 2003)

لذا يجب على المعلم أن يراعي ما يلي قبل القيام بتحويل الطفل:

أ - تحديد أنواع السلوك التي تعتبر مضطربة وتستدعي الحاجة إلى التحويل.

ب- تسجيل المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال عملية الملاحظة المباشرة والسجلات المدرسية وآراء الآباء والأقران والمصادر الأخرى (William, L. 1996).

2. تقديرات الوالدين Parents Ratings

يعتبر الوالدين مصدراً مهماً للمعلومات عن اضطراب الطفل، ويمكن أن تجمع المعلومات من الوالدين إما من خلال المقابلات، أو من خلال قوائم الشطب أو الاستبانات، لكن هناك تساؤلات حول دقة ملاحظة الوالدين للطفل وثبات تقديراتهم، وعلى الرغم من ذلك فإن دورهم مهم جداً في عملية تحويل الطفل (يحيى، 2003).

3. تقديرات الأقران Peers Ratings

وهي إحدى الطرق المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية. وقد أشارت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال في المدرسة في كل الأعمار قادرون على التعرف على المشكلات السلوكية، ولكن قد يكون من الصعب على الأطفال في الأعمار الصغيرة معرفة السلوك الطبيعي أو المقبول وتحديده، ولكن يختلف الأمر في حالة الأطفال الأكبر سناً حيث يصبحون أقل تمركزاً حول ذواتهم، وبذلك يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي، كما تستخدم المقاييس "السوسيومترية" التي تركز على العلاقات الشخصية والاجتماعية في المجموعة لقياس إدراك الطفل وهي مفيدة في طرق الكشف، وإذا ما فسرت بحذر فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في عملية التخطيط لطرق التدخل.

4. تقدير الذات Self Rating

تعتبر تقديرات الذات مصدراً آخر للحكم على التكيف، فمن خلال تقدير الطفل لذاته، يمكن أن يساعد ذلك في التعرف إلى المشكلات التي يعاني منها، وقد أشارت الدراسات إلى أن تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين أفضل عندما يكون السلوك المضطرب الموجه

نحو الخارج كالعدوان والتخريب والحركة الزائدة، ولكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الاضطراب الموجه من الداخل، والذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات والأمور الداخلية. وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم أو الدفاعيين.

5. التقديرات المتعددة Multiple Ratings

إن طبيعة الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، والتعقيدات "السيكومترية"، لإجراءات الكشف المختلفة، جعلت عدداً من الباحثين يوصون بأن هناك حاجة ملحة للتنويع بطرق جمع المعلومات عن طبيعة نمو وتطور الطفل وتكيفه.

ومن الأدوات شائعة الاستخدام والتي توفر معلومات عن جميع الجوانب المتعلقة بالطفل في المواقف المختلفة A Process for In School Screening of Emotional Handicapped Children، وتتضمن هذه الأداة تقديرات المعلمين والأقران والذات (يحيى، 2003، ص 110 - 108).

وقد يسهم استعراض بعض الدلالات التي تشير إلى وجود اضطرابات سلوكية وانفعالية لدى الأطفال في تفعيل دور المعلمين في الكشف عنهم ومن هذه الدلالات: عدم الثقة بالنفس، عدم القدرة على بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الأقران والوالدين والمعلمين، تدني مستوى التحصيل الأكاديمي، تباين السلوك من وقت إلى آخر، الانسحاب الاجتماعي، العدوانية المفرطة، نوبات الغضب، النشاط الجسمي المفرط، عدم القدرة على التركيز والانتباه، عدم إدراك نتائج الأفعال، إظهار أنماط سلوكية غير هادفة بشكل متكرر.

التعرف والتشخيص Identification and Diagnosis

تهدف هذه المرحلة إلى التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال المشكوك بهم .

والتشخيص هو إجراء تقويمي معمق وتفصيلي يطبق على الأطفال الذين تم الاشتباه بوجود مشاكل لديهم أثناء عملية الكشف، والهدف من ذلك تحديد فيما إذا كان لدى الطفل حاجات خاصة أم لا وفي حالة وجودها تحديد طبيعتها ومداها وأسبابها إذا كان متيسراً واقتراح إجراءات التدخل المناسبة.

يجب أن تكون هذه العملية فردية شاملة، وأن تتناول جميع الجوانب المتعلقة بالمشكلة

الانفعالية والسلوكية عند الطفل، وأن يقوم بها فريق متعدد التخصصات يتضمن على الأقل أخصائياً لديه معرفة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية، كما تجب مشاركة الوالدين في هذه العملية بوصفهما مصدراً للمعلومات التقيميّة وهدفاً محتملاً للتدخل العلاجي (يحيى، 2003).

تتضمن عملية التشخيص الشامل للاضطرابات الانفعالية والسلوكية الجوانب التالية :

1. التعرّف والتشخيص في الجوانب الطبية والبيولوجية.
2. التعرّف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية والتربوية.
3. التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية والنفسية.
4. تقييم الجوانب الاجتماعية.

أولاً - التشخيص البيولوجي Biological Assessment

يحاول الباحثون والمعالجون منذ سنين طويلة الوصول إلى دلائل حول وظائف الدماغ والأجزاء الأخرى من الجهاز العصبي بغرض فهم الأداء النفسي الوظيفي الطبيعي والشاذ، حيث يفترض المهتمين بعلم النفس المرضي "Psychopathology" أن بعض نواحي العجز أو القصور النفسي قد تكون بمثابة انعكاس للقصور الجسمي (Davison & Neale, 2001, p. 91)

وقد أدى هذا الافتراض بأن المشاكل السلوكية قد تكون ناتجة عن خلل في الدماغ إلى استخدام فحوصات عصبية متعددة على مدى سنوات طويلة بهدف تشخيص هذا الخلل مثل فحص الانعكاسات، وفحص شبكية الدماغ لتقصي وجود أي عطب في الأوعية الدموية، كذلك تقييم التناسق الحركي والإدراكي.

وتتوفر في يومنا هذا العديد من الأدوات والأساليب الحديثة التي تمكن الباحثين والمعالجين من ملاحظة بناء ووظائف الدماغ مثل :

تصوير الدماغ Brain Imaging-Seeing the Brain

1. الرسم السطحي المحووري CT Scan، باستخدام الكمبيوتر ويساعد هذا الفحص في تحديد الخلل في بناء الدماغ، إذ يمر شعاع متحرك من أشعة إكس في مقطع عرضي أفقي من دماغ المريض ويتفحصه بدقة على مدى 360 درجة. هذا وتقيس الأداة أيضاً كمية الإشعاع النافذ الذي يمكن من اكتشاف الاختلافات البسيطة في كثافة النسيج، ثم يقوم الكمبيوتر برسم صورة مفصلة ذات بعدين للمقطع العرضي. ومن الممكن أن تظهر

الصور الناتجة تضخم تجاويف أو بطينات الدماغ بسبب تلف الأنسجة والأورام والجلطات الدماغية.

2. وقد ظهرت أجهزة كمبيوتر أحدث تمكن من مشاهدة الدماغ الحي أثناء تأديته لوظائفه مثل جهاز Magnetic Resonance Imaging (MRI)، حيث يوضع المريض داخل دائرة مغناطيسية كبيرة تعمل على تحريك ذرات الهيدروجين في الجسم، ثم تعود الذرات إلى أماكنها الأصلية عندما تغلق القوة المغناطيسية وتعطي إشارات كهرومغناطيسية، ثم يتم قراءة هذه الإشارات عن طريق الكمبيوتر المتصل بالجهاز وتترجم إلى صور لأنسجة الدماغ حيث يتمكن الأطباء من خلال هذه الصور تحديد أي خلل في الأبنية الدماغية مهما كان دقيقاً.

3. كما ظهر جهاز مطور أكثر حداثة يدعى Functional MRI (FMRI)، يقوم عمل هذا الجهاز على أساس سرعة التصوير التي تمكن من قياس التغيرات الأيضية بحيث تمكن من إنتاج صور للدماغ أثناء عمله بالإضافة إلى بنائه، وقد أظهرت دراسات حديثة أجريت باستخدام هذا الأسلوب التشخيصي أن نشاط الفص الدماغي الأمامي لدى مرض الفصام أثناء أداء مهمة معرفيّة أقل منه لدى الأشخاص العاديين.

4. فحص Position Emission Tomography (PET)، وهو فحص أوسع وأكثر كلفة ويقيس كل من بناء الدماغ ووظيفته، يقوم هذا الفحص على استخدام مادة تتضمن نظير مشع يتم حقنه في مجرى الدم حيث تصدر الجزيئات المشعة جسيم موجب يدعى "Positron": يتحد مع الإلكترون بسرعة، ثم تبدأ أزواج من هذه الجسيمات ذات الطاقة العالية بالاندفاع في الجمجمة من جهة إلى أخرى، وتتم متابعة تحركات هذه الجزيئات بواسطة الجهاز ثم يحللها الكمبيوتر ويحولها إلى صور ملونة تبين ما يجري داخل الدماغ. ومن الممكن أن تُظهر الصورة أماكن نوبات الصرع وسرطان الدماغ والجلطات الدماغية وإصابات الرأس ... وغير ذلك، كما يستخدم (PET) لدراسة العمليات البيولوجية غير الطبيعية المحتملة التي قد تكون سبباً للفشل مثل فشل القشرة الأمامية في دماغ مرضى الفصام في أن تنشط أثناء محاولتهم أداء مهمة معرفيّة (Davison & Neale, 2001, p: 93-94).

التشخيص العصبي الكيميائي Neurochemical Assessment

ويتم التشخيص العصبي الكيميائي عن طريق تحليل المواد الأيضية للموصلات العصبية والتي تكون قد تكسرت بالأنزيمات، ويمكن الكشف عن هذه المواد في البول والدم

وسائل النخاع الشوكي، فمثلاً لدى المصابين بالاكتئاب نسب منخفضة من "Serotonin" وهي مادة ناشئة عن الأيض وتلعب دوراً مهماً في حدوث الاكتئاب .

التشخيص النفسي العصبي Neuropsychological Assessment

من الضروري هنا التمييز بين عمل طبيب الأعصاب وعمل الأخصائي النفسي العصبي (Neuropsychologist)، فعلى الرغم من أن كلا الاختصاصين يتعلقان بدراسة الجهاز العصبي المركزي إلا أن هناك فرق بينهما وهو أن أخصائي الأعصاب هو الطبيب المختص بالأمراض التي تؤثر على النظام العصبي مثل الحثل العضلي والشلل الدماغي والزهايمر. أما الأخصائي النفسي العصبي فهو شخص مدرب كأخصائي نفسي يهتم بالأفكار والمشاعر والسلوك بالإضافة إلى التركيز على كيفية تأثير اختلال الدماغ على السلوك.

يعمل كل من طبيب الأعصاب والأخصائي النفسي العصبي بشكل تعاوني ويساهم كل منهما في عمل الآخر بطرق مختلفة وذلك بهدف التعرف على كيفية عمل الجهاز العصبي وكيفية معالجة المشاكل التي قد تكون ناتجة عن مرض أو إصابة في الدماغ. وعلى الرغم من وجود الوسائل والأجهزة المتطورة لفحص وتشخيص الإختلالات الدماغية إلا أن كثيراً من هذه الإختلالات على درجة كبيرة من الدقة بحيث لا يمكن ملاحظتها مهما بلغت درجة الدقة في الوسيلة أو الجهاز. لهذا قام أخصائيوا "النفس عصبيون" بتطوير اختبارات لتشخيص الاضطرابات السلوكية الناتجة عن خلل دماغي، تدعى بالاختبارات النفسية العصبية Neuropsychological Test .

وغالباً ما يتزامن استخدام هذه الاختبارات مع أساليب تشخيص وتصوير الدماغ سالفة الذكر، وتعتمد هذه الاختبارات على فكرة أن وظائف نفسية مختلفة مثل السرعة الحركية، الذاكرة، اللغة، تقع في مناطق أو مراكز مختلفة من الدماغ وبهذا فإن نواحي الضعف في الأداء على اختبار معين يمكن أن تعطي تلميحات حول موقع الخلل في الدماغ.

أ - Halstead - Reilan Battery

أحد الاختبارات النفسية العصبية هو تعديل (Reilan) لسلة اختبارات طورت سابقاً من قبل (Halstead) ويتعلق كل اختبار من هذه السلسلة بوظيفة مختلفة وتتضمن هذه البطارية أربع اختبارات :

1. **اختبار الأداء اللمسي - الوقت Tactile Preformance Test-Time** : وبه يحاول المريض وعيناه مغطيتان أن يضع مكعبات مختلفة الأشكال في أماكنها الصحيحة على لوحة الأشكال باستخدام اليد المسيطرة أولاً ثم الأخرى وفي النهاية كلتيهما.

2. اختبار الأداء اللمسي - الذاكرة Tactile Preformance Test-Memory : بعد الانتهاء من الاختبار الموقت السابق، يطلب من المشارك أن يرسم شكل اللوحة من الذاكرة، وإظهار المكعبات في أماكنها الصحيحة، ويقيس هذان الاختباران الخلل في الفص الجداري الأيمن (Parietal Lobe).

3. اختبار التصنيف Category Test : وبه تعرض على المريض صورة مرقمة على الشاشة ثم يقوم المريض باختيار رقم من أربعة بالضغط على زر، ثم يشير صوت جرس إلى كون الاختيار صحيح أو خطأ. يقيس هذا الاختبار القدرة على حل المشكلات وبالتحديد القدرة على استخلاص مبدأ من بين عدد كبير من الأحداث غير اللفظية ويشير العجز عن الأداء في هذا الاختبار إلى خلل في الدماغ.

4. اختبار فهم أصوات الكلام Speech Sounds Perception Test : وبه يستمع المشارك إلى سلسلة من الكلمات التي لا معنى لها، وتتألف كل كلمة من مقطعين مع صوت - e - في الوسط ثم يطلب منه اختيار الكلمة التي سمعها من بين مجموعة بدائل. يقيس هذا الاختبار وظيفة الفص الأيسر وخصوصاً المنطقة الصدغية والمنطقة الجدارية.

ب - بطارية اختبارات "لوريا نبراسكا" Luria-Nebraska Battery

تعتمد الاختبارات الشائعة الاستخدام على عمل العالم النفسي الروسي Luria (1902-1977) وتتكون من (169) فقرة موزعة على أحد عشر قسماً بهدف التعرف على المهارات الحركية الأساسية المركبة مثل قدرات الإيقاع، الخطو والمهارات اللمسية Tactile والاحساس بالحركة Kinesthetic والمهارات اللفظية والمكانية واللغة الاستقبالية والتعبيرية، ومهارات القراءة الكتابة والحساب، وعمليات الذاكرة، والقدرة العقلية.

تساعد الدرجات على هذه الأجزاء بالإضافة إلى درجات الفقرات الاثنين والثلاثين التي وجد أنها الأكثر تميزاً والتي تشير إلى الإعاقة ككل، في الكشف عن الخلل في الفص الأمامي والصدغي والمنطقة الحس حركية، والمنطقة الجدارية في مؤخرة الدماغ (القذالية).

من الممكن تطبيق بطارية لوريا – نبراسكا في غضون ساعتين ونصف وتتضمن طريقة تصحيحا درجة عالية من الصدق، كما يوجد لهذه الاختبارات صور مكافئة ويعتقد أنه باستخدام اختبارات لوريا – نبراسكا يمكن التعرف على آثار الخلل الدماغي التي من الصعب الكشف عنها عن طريق الفحوصات العصبية، وتتمثل نواحي العجز هذه في المجال المعرفي أكثر منها في المجالات الحسية الحركية التي تركز عليها أساليب التشخيص

العصبية (مثل تشخيص الانعكاسات). ومن مزايا اختبارات لوريا - نبراسكا أيضاً، إمكانية ضبط مستوى التعليم وبهذا فإن الأشخاص الأقل تعليماً سوف لا يحصلون على درجات أدنى بسبب خبرتهم التعليمية المحدودة فقط. وقد وجد أن النسخة المعدة للأطفال ذوي الأعمار (12 - 8) عاماً، ذات فائدة في تشخيص الخلل الدماغي وفي تقييم نقاط القوة والضعف لدى الأطفال.

التشخيص النفسي الفسيولوجي Psychophysiological Assessment

يهتم هذا الجانب بالتغيرات الجسمية التي تصاحب المواقف النفسية، مثل التغير في معدل نبضات القلب، التوتر العضلي، تدفق الدم في أجزاء متعددة من الجسم، كذلك الموجات الدماغية، وتستخدم هذه كمقاييس لدراسة التغيرات الجسمية عندما يكون الفرد خائفاً أو مكتئباً أو متخيلاً أو يقوم بحل معضلة وهكذا، إن هذا النوع من التشخيص غير فعال لاستخدامه في التشخيص لكنه قد يزود بمعلومات مهمة مثلاً: عند استخدام أسلوب التعرض Exposure لمعالجة المريض بالقلق، سوف يكون من المفيد معرفة إلى أي مدى يمكن أن يظهر المريض إثارة عند تعرضه للمثير الذي يسبب القلق، والمرضى الذين يظهرون مستويات أعلى من الإثارة الجسمية قد يكون لديهم مستويات أعلى من الخوف، وهذا يؤدي إلى التنبؤ بفائدة أكبر للعلاج.

ويتم قياس نشاطات الجهاز العصبي اللاإرادي غالباً عن طريق مقاييس كهربائية وكيميائية بهدف فهم طبيعة العواطف. وأحد المقاييس المهمة هو مقياس نبض القلب، فكل نبضة قلب تحدث تغيرات في الجهد الكهربائي والتي يمكن تسجيلها عن طريق جهاز تخطيط القلب Electrocardiogram ECG ومقاييس Electrodermal Responding والذي يقيس زيادة نشاط غدد السكر التي تشير إلى الاثارة السيمبثاوية اللاإرادية، وهي مقياس للإثارة الانفعالية. كما يسمح التقدم التكنولوجي الآن للباحثين في دراسة التغيرات في ضغط الدم في مجرى الحياة الاعتيادية وذلك عن طريق آلة محمولة يرتديها المشاركين وتسجيل الضغط أتوماتيكياً مرّات عديدة خلال اليوم، وبإرفاق تقارير ذاتية مع هذه المقاييس يستطيع الباحثون دراسة كيفية تأثير الأمزجة على ضغط الدم.

كما يمكن قياس نشاط الدماغ عن طريق جهاز تخطيط الدماغ EEG Electroen- cephalogram حيث يشير النشاط الكهربائي غير الطبيعي إلى الصرع، كما يساعد في تحديد أماكن الآفات الدماغية الأخرى.

تستخدم هذه المقاييس بشكل كبير في البحث في علم النفس المرضي، ويكون التشخيص أدق أثناء حدوث السلوك أو النشاط المعرفي، فمثلاً تتم دراسة الاستجابة النفسية الفيزيولوجية لدى مرض الاستحواذ القهري Compulsive-Obsessive أثناء عرض مثير مثل القاذورات والذي قد يستجر السلوك المشكل (Davision & Neale, 2001, p. 97).

ثانياً - التعرّف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية والتربوية

Identification an diagonsis in Educational Setting

تتضمن هذه العملية استخدام اختبارات تربوية ونفسية ملائمة ومتوفرة بالاضافة إلى الملاحظات الرسمية وغير الرسمية، كما يجب أن تؤخذ ملاحظات الوالدين والمعلمين وتقديراتهم بعين الاعتبار، وقد طالب القانون العام PL 99-142 بأن تتصف الاختبارات وأدواتها بما يلي :

1. أن تكون لغة الاختبار بلغة الطفل المحلية.
2. أن تكون صادقة بحيث تقيس الأهداف ما وضعت لأجله.
3. أن تكون هذه الاختبارات مؤهلة لقياس مناطق محددة للحاجات الأكاديمية عند الطفل (يحيى، 2003، ص 110).

الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية :

تتضمن الأساليب والأدوات المستخدمة لأهداف تشخيصية في الجوانب التربوية: التحليل، الملاحظة المباشرة للسلوك، واختبارات الشخصية من خلال الورقة والقلم واختبارات الذكاء والاختبارات التي تقيس الإدراك الحركي واختبارات الحدة البصرية والسمعية، والتقييم الأكاديمي والتربوية.

1. تحليل الجوانب المتعلقة بالبيئة الصفية Analysis Settings

إن عملية تحليل الظروف الصفية مهمة في عملية التقييم والتشخيص لسببين حيث أنها تساعد في :

(1) تحديد فيما إذا كانت البيئة الصفية متعلقة بالمشكلة.

(2) تغيير العوامل التي ظهر أنها مؤثرة بشكل كبير وفعال في ظهور السلوك المضطرب عند الطفل من خلال إجراء التدخل المطلوب.

أما بالنسبة للعوامل التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من خلال الملاحظة المباشرة لغرفة الصف فهي :

أ - عدد الطلاب في غرفة الصف : إن عدد الطلاب الكبير داخل غرفة الصف قد يؤثر على أداء المعلم، ويزيد الضغط عليه ولن يمكنه من إعطاء التوجيهات الفردية لطلابه، ويزيد من مستوى الضجيج في غرفة الصف.

ب - المساحة داخل غرفة الصف : إن طبيعة ترتيب المقاعد داخل غرفة الصف سيؤثر على عملية التفاعل ما بين المعلم والطلاب، فوضع المقاعد على شكل خطوط مستقيمة تجعل التفاعل ما بين الطلاب والمعلم بشكل فردي، بينما المقاعد بشكل U سيزيد من التفاعل بين الطلاب. كما يجب أن تؤخذ طبيعة الطفل بعين الاعتبار عند ترتيب غرفة الصف، وموقع مقعد الطفل بشكل فردي أيضاً مهم، فالعزلة الجسدية لمقعد الطفل عن مجموعة الصف سوف يولد عنده مشاكل اجتماعية، كذلك إذا كان مقعده في موقع قريب من الباب أو قرب طلاب يمثلون نموذجاً سلبياً للطفل، فإن ذلك قد يعود على المعلم بالمشاكل.

ت - طبيعة المقاعد : إن المقاعد المريحة مهمة جداً، إذ يجب أن يكون حجم المقعد ونوعه مناسبين بالنسبة للطفل الذي يعاني من الحركة الزائدة، فإن لم يكن المقعد ملتصقاً بالطاولة يعتبر مشكلة (يحيى، 2003، ص 112 - 111).

2. الملاحظة المباشرة للسلوك Direct Observation of Behavior :

تعتبر طريقة الملاحظة المباشرة للسلوك داخل غرفة الصف من الأساليب المفيدة في جمع المعلومات التشخيصية عن مشاكل الطفل السلوكية، وتكون أهمية المعلومات التي تجمع بهذه الطريقة أن السلوك الفردي دائم التبدل والتغير، ويتأثر بعوامل ومتغيرات كثيرة، فعلى سبيل المثال الطفل الذي يفضل معلماً ما داخل غرفة الصف، فإننا نجد لديه دافعيّة وحباً للتعاون مع هذا المعلم، وعلى العكس من ذلك الطفل نفسه مع معلم آخر نجد أن سلوكه لا يتصف بالتعاون .

ميزات ومساوىء الملاحظة Advabtages and Disadvantages of Observation

ميزات الملاحظة :

(1) الميزة الرئيسية في الملاحظة كونها مباشرة، فالمُلاحِظ يسأل الأفراد عن وجهات نظرهم أو مشاعرهم أو اتجاهاتهم، إنه يراقب ما يفعلون ويستمع لما يقولون.

(2) تختلف المعلومات المحصلة عن طريق الملاحظة المباشرة عن تلك المحصلة بالأساليب الأخرى وغالباً ما تكملها بشكل مفيد، فالاستجابات الناتجة عن المقابلة والاستبيانات معروفة بوجود فروق بين ما يقال وبين ما فعل أو سيفعل فعلياً.

(3) تزود الملاحظة بمعلومات موضوعية عن السلوك في عالمه الحقيقي وتحد من التصنع الموجود بالأساليب الأخرى.

مساوىء الملاحظة :

(1) قدرة الملاحظ في التأثير في الحالة التي يلاحظها، فقد يكون سلوك الطفل في حضور المعلم مختلفاً عنه في حالة غيابه.

(2) تبديد الوقت، فالملاحظة المباشرة تتطلب وقتاً طويلاً واستغراقاً. كما أن تطوير أدوات للملاحظة مثل قوائم الشطب يتطلب وقتاً، وكذلك الأدوات الجاهزة تتطلب وقتاً وجهداً في التدرب على استخدامها (Robson, 1993, p. 191-192) .

تتضمن الملاحظة جمع المعلومات وتنقسم إلى قسمين :

(1) معلومات غير رسمية: إن طرق جمع المعلومات غير الرسمية يكون أقل تنظيماً، وتسمح للملاحظ بحرية كبيرة في اختيار ماذا يجمع من معلومات وكيف يسجلها، هذا النوع من البيانات غير منظم ومعقد نوعاً ما ويتطلب من الملاحظ القيام بمهمات صعبة في تحليل واستخلاص وتنظيم البيانات.

(2) معلومات رسمية: يكون جمع المعلومات بالطريقة الرسمية على قدر كبير من التنظيم، حيث يتم وضع تعليمات حول ما سيلاحظ وعلى الملاحظ أن يعني فقط بالجوانب المحددة سلفاً، وأي شيء آخر يعتبر غير ذي علاقة حيث يتم إهمال أي بيانات أخرى لا علاقة لها بالسلوك المستهدف قياسه.

إن الوصول إلى درجة صدق وثبات عالية في الطريقة الرسمية أسهل، لكن الطريقة غير الرسمية أقل تعقيداً وأكثر اكتمالاً. ويطلق على طرق جمع المعلومات الرسمية إسم "الملاحظة المنظمة"".

الملاحظة المنظمة Structurredd Obersrvation

هي طريقة لقياس السلوك كمياً، وتتضمن أقصى درجات التنظيم حيث تهتم بالتنظيم المسبق للتصنيفات أو الفئات قيد الملاحظة، وتكون التقارير في هذه الطريقة عبارة عن سجل موضوعي لأنواع سلوك ملاحظة محددة، تتضمن الملاحظة المنظمة استخدام عدد

من برامج التسجيل، ويعتمد استخدام الملاحظ للبرنامج على نوع البيانات التي يرغب في جمعها:

فقد يعتمد التسجيل على الوقت (التسجيل في فاصل زمني محدد)، أو على الحدث (انتظار حدوث حدث معين وملاحظة نوعه).

1. تسجيل الفواصل الزمنية Interval Coding

حيث تقسم فترة الملاحظة إلى عدد من الفواصل الزمنية غالباً ما تكون عشر ثوانٍ أو خمسة عشر ثانية، ثم يتم تسجيل المعلومات عند تكرار السلوك خلال الفاصل الزمني.

ومن الممكن اختيار عينات زمنية Time Sampling، حيث يقوم الملاحظ بتسجيل حدوث السلوك عند انتهاء الفاصل الزمني.

2. تسجيل الأحداث Event Coding

وهنا يجب التمييز بين الأحداث المؤقتة والحالات السلوكية. حيث تكون الحالات المؤقتة موجزة ومنفصلة، مثل (ابتسام الطفل) والاهتمام بها يكون عندما تحدث تلك الأحداث وكمية تكرارها. أما الحالات السلوكية، فهي أحداث لفترات يمكن تقديرها (مثل نوم طفل). ومن الممكن استخدام الحاسوب في تسجيل وتخزين أوقات الحدوث بالنسبة للأحداث المؤقتة، وأوقات البداية والنهاية للحالات السلوكية، وقد تكون قوائم الشطب البسيطة كافية لتسجيل الأحداث حيث تقسم إلى فترات زمنية ثابتة يسجل ضمنها تكرار حدوث الحدث.

أما بالنسبة لتسجيل الحالة "State Coding"، فقد تكون قوائم الشطب البسيطة وسجلات المتابعة التي تشير دائماً إلى تغير الحالة (مثلاً من النوم حتى اليقظة) ذات فائدة بالإضافة إلى إدراج معلومات زمنية عن وقت البدء والانتهاء، وهناك أدوات تسجيل إلكترونية متوفرة، تقوم بتسجيل أوقات البدء والانتهاء للحالات مباشرة عن طريق ضغط مفتاح (Robson, 1993) .

وتتميز الملاحظة بعدد من الخصائص الرئيسية ومنها :

1. الاعتماد على الرؤية والسمع والتركيز على ما سيفعل الفرد، ويقول لا على ماذا يفكر.
2. الاعتناء بتفاصيل الممارسات اليومية التي تساعد على فهم ما يجري في بيئة معينة كما أنها تزود بأدلة ومؤشرات على جوانب أخرى من الحقيقة.
3. يجب أن يصف الملاحظ الزمان والمكان الذي جمعت به البيانات حيث يتم فهم الحدث فقط عندما تتم دراسته ضمن بيئة اجتماعية وتاريخية أوسع.

4. النظر إلى المواقف الاجتماعية على أنها عبارة عن تشكيل من سلاسل الأحداث المتداخلة.
5. يتميز منحى الملاحظة غير المنظم (المفتوح) بأنه يزيد من احتمالية العثور على قضايا غير متوقعة تساعد في فهم الوضع والظروف بشكل أفضل (Silverman, 1993, p. 31)

يتوجب على المعلم كملاحظ أن يقرر بدقة الطريقة التي سيتم من خلالها قياس السلوك، إذ تجب ملاحظة السلوك في المكان والزمان الذي يحدث فيه السلوك، وتحديد الأسلوب الذي سيتم من خلاله جمع البيانات، وتحديد الشخص الذي سوف يقوم بجمعها وملاحظتها وتسجيل المعلومات داخل سجل خاص (يحدد فيه السلوك وشدته وتكراره).

خطوات تحضير إجراءات الملاحظة :

(1) من الذي سيقوم بها ؟
(2) ما الذي ستتم ملاحظته ؟
(3) ما هو المكان وأين ؟
(4) كيف يسجل الملاحظ البيانات ؟
(5) بعد جمع المعلومات توضع في تقرير مختصر وترسم بيانياً.

وعند تفسير المعلومات التي جمعت من خلال الملاحظة لابد من مراعاة ما يلي :

(1) أنها لا تفسر المعلومات بشكل دقيق.
(2) من الضروري ملاحظة عينات سلوك الطالب لأن سلوكه يتصف بالتغير في المواقف المختلفة.
(3) أن يحدد السلوك المراد ملاحظته بدقة.
(4) إذا قام بالملاحظة اثنان يجب أن يكون بينهما اتفاق على البيانات التي تم جمعها (يحيى، 2003، ص 114).

3. اختبارات الورقة والقلم لقياس الشخصية Paper-&-Pencil Tests of Personality

تستخدم هذه الاختبارات في المواقف التعليمية، وفي قياس أبعاد الشخصية وأنماط التكيف عند لأفراد، وهناك عدد من الطرق المختلفة لتقييم الشخصية. منها مقاييس تقدير السلوك، وأدوات التقدير الذاتي، وقوائم شطب، ومقاييس مفهوم الذات، ومن هذه الأدوات :

- قائمة شطب المشاكل السلوكية لـ (كوي وبيترسون)

Behavior Problems Checklist (Quay & Peterson 1967)

وتستخدم لقياس خصائص المشاكل السلوكية عند الأطفال والمراهقين، وتقيس 4 أبعاد للمشاكل السلوكية وهي :

(1) الاضطرابات السلوكية مثل العدوان.

(2) اضطرابات الشخصية مثل الانسحاب.

(3) عدم النضج.

(4) الأنماط الثقافية والاجتماعية.

- دليل بريستول للتكيف الاجتماعي لـ (مارستون)

Bristol Social Adjustment Guides (Marston, 1970)

طور هذا المقياس لتقييم المشاكل السلوكية عن الأطفال واليافعين من الأعمار (5-16) سنة، بحيث يستخدم في البيئة المدرسية، ويمكن تطبيق وتفسير العلامات من قبل المرشد والأخصائي النفسي والمعلم، ويمكن أن يستخدم كأداة للكشف، وله استخدامات أخرى مثل وصف السلوك الملاحظ من قبل المعلم للأخصائي الإكلينيكي بشكل له معنى وكأساس للجلسات الإرشادية، ولتقييم فعالية التدخل العلاجي وفي تطوير الأبحاث (يحيى، 2003، ص 116 - 115).

- مقياس بيركس لتقدير السلوك **Burk's Behavior Rating Scale** :

يستخدم هذا المقياس لتقدير السلوك وهو من المقاييس البارزه في تشخيص المضطربين سلوكياً وإنفعالياً، صممه بيركس عام (1980 - 1975) بهدف التعرف إلى مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد من عمر السادسة فأكثر، ويتألف هذا المقياس من (110) فقرات موزعة على 19 مقياساً فرعياً وقد تحققت للمقياس في صورته الاصلية دلالات صدق وثبات مقبولة، وقد جرى تطوير هذا المقياس في البيئة البحرينية (القريوتي وجرار، 1987) وقد استخرجت له دلالات صدق وثبات مقبوله، أما المقاييس الفرعية التي يتضمنها المقياس فهي: الإفراط في لوم الذات، الافراط في القلق، الانسحابية الزائدة، ضعف القوة الجسدية، ضعف التآزر البصري الحركي، إنخفاض القدرة العقلية، الضعف الاكاديمي، ضعف الانتباه، ضعف القدرة على ضبط النشاط، ضعف الاتصال بالواقع، ضعف الشعور بالهوية، الافراط في المعاناه، الضعف في ضبط مشاعر الغضب، المبالغة في الشعور بالظلم، العدوانية الزائدة، العناد والمقاومة، ضعف الانصياع الاجتماعي (الروسان، 2001، ص 236).

• **مقياس السلوك التكيفي التابع للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي :**

والذي أعد من قِبل (نهيرا وزملاؤه 1959) ويهدف إلى التعرف على جوانب السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الأطفال المعوقين عقلياً والمضربين انفعالياً، ويتكون هذا المقياس من قسمين رئيسين: يتعلق القسم الأول بالسلوك التكيفي، وغُطي بتسعة أبعاد رئيسية تضمنت 56 فقرة، أما القسم الثاني فيتعلق بالسلوك غير التكيفي، والذي غُطي في أربعة عشر بعداً تضمنت 44 فقرة. وقد تم تطوير المقياس في عدد من البلدان منها الأردن.

• **اختبارات الذكاء Intelligence Testing**

وتستخدم هذه الاختبارات في التقييم التشخيصي عادةً لأنها تزودنا بمعلومات عن قدرات الطفل المعرفية والعلاقات بين الصراعات الانفعالية للطفل ولقياس قدرته العقلية، ومن أكثر الاختبارات المستخدمة في قياس القدرة العقلية هو مقياس (ويكسلر، 1974، 1976)، حيث يمكن قياس الاضطراب السلوكي والانفعالي عن طريق تحليل التشتت ضمن اختبارات (ويكسلر) الفرعية، أو عن طريق تحليل الفقرات ضمن الاختبارات الفرعية الخاصة (يحيى، 2003، ص 116).

ثالثاً - التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية

Diagnostic Evaluation in Mental Health Setting

إن الهدف من وراء التقييم هو توضيح طبيعة الصراعات التي يتعرض لها الطفل وأسرته، ويتم الكشف عن هذه الصراعات من قبل الأخصائي النفسي في المقابلة الإكلينيكية، أو من خلال الاختبارات النفسية، أو من خلال الأخصائي الاجتماعي في مقابلات الوالدين.

1. المقابلات الإكلينيكية Clinical Interviews

المقابلة الأكلينيكية عبارة عن إجراء متكامل لأي تقييم نفسي، وتقدم مصادر غنية من البيانات وتقسم المقابلة الإكلينيكية إلى :

أ - **المقابلة شبه التركيبية :** تهدف هذه المقابلة إلى جمع المعلومات حول مظاهر عالم الطفل بحيث يحتفظ الإكلينيكي بالأسئلة حول ما يريد معرفته من حديث الطفل، وهنا لا يوجد حاجة لوضع أسئلة مخططة، ويجب الحصول على نموذج واسع من المشاعر والاتجاهات، وملاحظة علاقة هذه المشاعر بالمواقف والأشخاص والذات. يجب على المقابل أن يضع الطفل بموضع مريح، وأن يراعي وقت المقابلة ومكانها، وأن يقيم علاقة

تتصف بالألفة مع الطفل، وأن تكون المحادثة بحرية وبنهاية مفتوحة، وأن يتصف المقابل الإكلينيكي بالتكيف مع استجابات الطفل.

ب - المقابلة ذات النهاية المفتوحة : تستخدم هذه المقابلة في معرفة رأي الطفل بالشكاوي، والضغوطات والبيئة المألوفة له مثل البيت، والأقران، والمدرسة، والنوم، والأكل، ورأي الطفل في نموه، وتاريخه، وما هي خططه للمستقبل؟ قبل البدء في المقابلة يقدر الأخصائي النفسي ما الذي سيتم إخبار الطفل عنه فيما يتعلق بوضع الاختبار؟ وما رأي الطفل بذلك؟ كيف يشعر حول المشكلة؟ ويجب على المقابل أن يبدأ بالأسئلة التي يتم الإجابة عنها بشكل تلقائي (مكان السكن، والولادة، السن).

وعند مناقشة الطفل والاستماع لشكواه، سيقود هذا بسهولة إلى إعطاء وصف دقيق عن الحياة اليومية للطفل، ويمكن الحصول على المعلومات من خلال المحادثة غير الرسمية معه.

ويمكن إضافة مجموعة من الاختبارات إلى المقابلة الإكلينيكية للأطفال، لأن الطفل سيبدأ بإظهار نظرته المنطقية للواقع بعد تحقيق الألفة بينه وبين المُقابل.

تتطرق أسئلة المقابلة الإكلينيكية إلى مواضيع من مثل (ديناميكيات الأسرة، الانفعالات، الخبرة المدرسية الأكاديمية، الصحة الجسمية، العلاقة مع الزملاء، الوالدين، الذات) (يحيى، 2003، ص 120).

2. الاختبارات النفسية Psychological Testing

تستخدم هذه المجموعة من الاختبارات للكشف عن الصراعات التي يعاني منها الطفل، ولمعرفة ما إذا كانت الأسباب ذاتية أو لعدم قدرته على التكيف. ومن هذه المقاييس :

أ - المقاييس الإسقاطية، ومنها :

اختبار (رورشاخ) "بقع الحبر" Rorshach Spot of Ink Scale، حيث يعتبر هذا المقياس من المقاييس الإسقاطية، ويقوم على الافتراض بأن ربط الفرد بمثير بصري غامض، سيزودنا بمعلومات عن الذات، وفهم أكبر للظوائف الشخصية.

يتضمن المقياس (10) بطاقات تقدم بطريقة فردية للطفل، ويجب أن نتأكد من أن المفحوص قد فهم المطلوب، وفي هذا الاختبار يجب ملاحظة ثلاثة عناصر أساسية في الاستجابة بحيث تتضمن المركز والشكل والحركة، فبالنسبة للمركز (هل تتضمن الاستجابة كل البقعة أم تفاصيل فقط؟). الشكل (هل تتضمن الاستجابة الشكل؟) الحركة (هل هناك حركة ترتبط مع الاستجابة؟).

تحلل العلامات لتفسير الوظيفة النفسية من خلال إسقاطات الطفل.

- وتوجد طريقتان لتفسير البقع :

الأولى : تعتمد على الناحية الكمية (بمقارنة الفرد مع الآخرين من الفئة العمرية التي ينتمي إليها نفسها).

الثانية : نوعية اختيار الفرد للاستجابات، يبرز المعلومات بخصوص تنظيماته النفسية الفردية.

ب - اختبارات الترابط الحسي :

وهي عبارة عن سلسلة من الصور وقصة تصف ما يحدث في كل بطاقة، ومن هذه الاختبارات :

- تفهم الموضوع للكبار Tematic Appreception Test (TAT) عشر صور
- تفهم الموضوع للصغار Children Appreception Test (CAT) عشر صور

تستخدم اختبارات الترابط الحسي كاختبار للبحث في ديناميكية الشخصية، بحيث تظهر في علاقات الشخصية، والترابط الحسي، وتفسير معاني البيئة. (يحيى، 2003، ص 123).

رابعاً - التقييم التشخيصي في الجوانب الاجتماعية

Diagnostic Evaluation in Social Setting

يقع التقييم في هذا الجانب بشكل رئيسي على عاتق المرشد الاجتماعي حيث يقوم بمقابلة الوالدين والتعرف على ظروف الأسرة من جميع الجوانب.

مقابلة الوالدين Parents Interview

جزء مهم من عملية التقييم للطفل هو إجراء مقابلة مع الوالدين، إما الأب، أو الأم، أو كلا الوالدين حيث تقيم العلاقة بين الطفل والوالدين، كذلك اتجاهات الوالدين نحو الطفل.

ويمكن تصنيف المعلومات التي تجمع خلال المقابلات كالتالي :

1. تفهم الوالدين لطبيعة المشكلة التي يعاني منها طفلهم، والمعلومات عن أسباب هذه المشكلة من وجهة نظرهم.

2. تكيف الطفل مع العائلة، ومع الأطفال الآخرين في المدرسة، وتشمل أيضاً معلومات عن جوانب القوة والضعف في شخصية الطفل.
3. معلومات عن تاريخ الحالة للطفل (نموه تطوره).
4. العلاقات العائلية سواء من قبل الطفل مع العائلة أو من بقية أفراد العائلة مع الطفل.
5. معلومات عن الوالدين، ومن هذه المعلومات توفر رؤية واضحة عن السلوكات والاتجاهات المطلوب معرفتها. ويستطيع الوالدين تقديم معلومات مهمة عن أطفالهما تفيد التقييم، فهما يعرفان طفلهما حق المعرفة من جميع الجوانب، لذا يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار كل المعلومات التي يستطيعان تقديمها. (يحيى، 2003، ص 125 - 124).

مراجع الفصل الرابع

المراجع العربية :

- القريوتي، وآخرون (1995). المدخل إلى التربية الخاصّة، الطبعة الأولى، دبي: دار القلم.
- القمش، مصطفى والإمام، صالح (2006). الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصّة "أساسيات التربية الخاصّة"، الطبعة الأولى، عمان: دار الطريق.
- يحيى، خولة أحمد (2003). الإضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الثانية، عمان : دار الفكر.

المراجع الأجنبية :

- Davision, Gerald C. Neale, John M. (2001) - **Abnormal Psychology**, (8.ed). New York : Johwiley & Sons, Inc.
- Epanchin, C & Paul, J (1992). **Emotional Disturbance In children: Theories & Methods for teachers**, Colombus: Merill Pahishing Company.
- Robson, Colin (1993) - **Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner Researchers**, (First ed), Padstow, G.B.
- Silverman, David (1993) - **Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction.**
- William, L. (1996) **Exceptional Children: In Introduction to Special education**, Columbus: Merrill, Prentice-hall.



الفصل الخامس
التدخل التربوي والعلاجي للمضطربين سلوكياً وانفعالياً

- المقدمة
- العلاج السلوكي للأشخاص المضطربين في السلوك
- نظرية العلاج العقلي - العاطفي في معالجة إضطرابات السلوك
- النظرية السيكودينامية وتطبيقاتها العلاجية
- العلاج الجمعي
- العلاج عن طريق اللعب
- الأسلوب النفس - تربوي
- الأسلوب البيئي
- مراجع الفصل الخامس



الفصل الخامس
التدخل التربوي والعلاجي للمضطربين سلوكياً وانفعالياً

المقدمة:

لقد تعددت أساليب التدخل التربوي والعلاجي للحد من المشكلات التي يظهرها الأطفال المضطربون سلوكياً وانفعالياً، وذلك باختلاف المدارس التي ظهرت بين فترة وأخرى، حيث كان يرى كل مؤيد لمدرسة ما بأن أفضل أسلوب لحل أي مشكلة هو ما تنادي به مدرسته. وعلى كل حال فيما يلي عرض وافي لأشهر الأساليب والطرق المستخدمة لعلاج المشكلات السلوكية والانفعالية :

العلاج السلوكي للأشخاص المضطربين في السلوك

على الرغم من تعدد الأساليب المستخدمة في معالجة الأفراد الذين يعانون من اضطراب في سلوكهم، إلا أن أغلب الدراسات اجمعت أن أفضل أسلوب يمكن اتباعه هو " الأسلوب السلوكي".

الأسلوب السلوكي:

يعتمد هذا الأسلوب في علاج الأشخاص المضطربين في السلوك على مفاهيم النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك، حيث أنهم يعتبرون السلوك الأنساني السوي منه والشاذ حدثا قابلا للتعلم، بمعنى أنه يمكن تشكيله وإكسابه للأفراد وكذلك محوه أو إطفائه، وينظرون إليه مباشرة دون البحث في الأسباب التي أدت إلى حدوثه ويتعاملون معه وفقا لأهم قاعدة في قواعد تعديل السلوك التي نادى بها العالم الكبير سكنر ألا وهي (السلوك المحكوم بنتائجه) .

ولقد أشار سكنر، إلى أن هناك نوعين من السلوك هما: السلوك الإستجابي الذي يتبع مثيرا محددا وهو سلوك لا أرادي، والسلوك الإجرائي الذي يؤديه الفرد في غياب مثير قبلي واضح وإنما يعتمد في حدوثه على النتائج التي تتبع ذلك السلوك (Ross, 1981)

ولقد عزى (أبتر 1982 م) سبب انتشار الأسلوب السلوكي في معالجة الأطفال المضطربين في السلوك إلى الأسباب التالية:

1. أن الاسلوب السلوكي يعتبر أسلوبا عمليا إلى حد كبير لأنه يتعامل مع مسائل وقضايا ملموسة وملحوظة.
2. إن النظرية السلوكية تعتبر بسيطة وسهلة الفهم والتعلم.
3. تثبت سرعة وفعالية بعض أساليب تعديل السلوك مع كثير من الأفراد ذوي المشاكل السلوكية.
4. أن تركيز الأسلوب على الملاحظة ساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعيا بنوعية مشاكل التلاميذ وأكثر وعيا لقدراتهم الخاصة.
5. التركيز على المعززات الإيجابية المديح والمكافآت لزيادة تكرار السلوك الإيجابي (Apter, 1982).
6. إن المدرسين غير المدربين للكشف عن أسباب السلوك كما أن اختصاصي الصحة النفسية أنفسهم غالبا ما يجدون ذلك غامضاً وصعباً ولهذا فمن السهل على المدرسين أن يتعاملوا مع السلوك الملاحظ بطريقة مباشرة دون الخوض في المسببات.
7. إن المدرسين نادراً ما يكونون في وضع يمكنهم من معالجة الأسباب بصورة مباشرة إلا أنهم قادرون على تعديل آثارها في نطاق الفصل (غرفة الصف). (السرطاوي وسيسالم، 1987).

وإذا رغب المعلم في استخدام الأساليب السلوكية في معالجة وتعديل سلوك الأفراد المضطربين في السلوك فعليه مراعاة ما يلي: أن يكون دقيقاً في ملاحظة سلوكهم، ودقيقاً في تسجيل تلك الملاحظات، بمعنى أن يتوخى الأسلوب العلمي في الملاحظة والتسجيل للسلوك والذي يتضمن مجموعة خطوات، كتحديد الموقع الذي سيحدث فيه السلوك، ثم تسجل المعلومات بشكل مرمز بحيث تسهل معالجتها، وتحديد الفترة الزمنية التي سيتم خلالها مراقبة السلوك ومن ثم وضع الخط القاعدي للسلوك بناء على الملاحظات التي تم جمعها، وأخيرا تفريغ البيانات بشكل صحيح على الصحيفة النفسية خلال مدة البرنامج (Apter, 1982).

أساليب العلاج السلوكي:

هناك أسلوبان رئيسيان يتضمنان مجموعة من الأساليب العلاجية السلوكية التي يمكن استخدامها مع الأفراد المضطربين في السلوك وهذان الأسلوبان هما:

أ - أساليب زيادة السلوك:

وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه، ويندرج تحت هذا الأسلوب:

1- **المعززات الإيجابية Positive Reinforecment** : وهي عبارة عن أشياء محببة للفرد يتم تقديمها له بطريقة مبرمجة بعد قيامه بسلوك مرغوب فيه (كالجوائز والهدايا) والذي يدفعه لتكرار نفس السلوك في المستقبل، شريطة تقديمه مباشرة بعد السلوك وعدم تأخيره وحتى لا يفقد أهميته، ويجب الانتباه إلى الفروق والفردية عند تقديم المغززات، فقد ينجح معزز مع فرد معين ولا ينجح مع فرد آخر لذا فلا يعتبر معززاً.

2- **المعززات السلبية Negative Reinforcement** وتعني إزالة شيء غير مرغوب فيه من بيئة الطفل مما يدفعه إلى تكرار السلوك المرغوب فيه، فمثلا، قد يهدد المعلم الطالب بأنه سوف يلزمه بكتابة فقرة (لن ألعب في الصف) 1000 مرة في حالة أنه لم يتوقف عن اللعب وهنا يكون:

- كتابة فقرة (لن ألعب في الصف) 1000 مرة الشيء غير المرغوب فيه.
- عدم اللعب في الصف هو السلوك الذي يجب أن يتكرر. (القاسم وآخرون، 2000م).

هذا وقد أثبتت الدراسات المختلفة فاعلية أسلوب التعزيز في معالجة بعض أشكال اضطرابات السلوك أهمها: السلوك التخريبي، والخجل والانسحاب، فلقد أجريت دراسات عديدة بهدف التعرف على إمكانية خفض السلوك التخريبي من خلال التعزيز، وفي هذه الحالة فإن ما يتم تعزيزه هو السلوك التخريبي المناسب الذي يصدر عن الطفل، ولعل أكثر أشكال التعزيز استخداما في هذا النوع من الدراسات هو انتباه المعلم (Teacher Atten-tion) الذي يأخذ أشكالا عديدة مثل الابتسام، أو التربيت على كتف أو ظهر الطفل تعبيراً عن الرضى أو المديح.

ففي الدراسة التي اجراها كل من ماثيوز ومكلوفين وهنسيكر (Mathews, Mclaughlin, & Hunsaker, 1980) ، والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية استخدام أسلوب انتباه المعلم كمعزز لخفض السلوك التخريبي عند مجموعة من الأطفال في غرفة

الصف، حيث قام الباحثون بتدريب المعلمين على الانتباه على الأطفال الذين يتسمون بالفوضى فقط عندما يركزون على المهمات الدراسية الموكلة إليهم، وقد بينت النتائج أن هذا الأسلوب على بساطته أدى إلى تغيرات ملحوظة في سلوك الأطفال خلال ثلاثة أسابيع على الرغم من أن الإجراء العلاجي لم ينفذ إلا في حصة الفن اليومية ومدتها (45) دقيقة (Mathews, et.al, 1980)

واستخدمت دراسات أخرى أشكالا مختلفة من التعزيز لخفض السلوك التخريبي فقد استطاع كوين ورفاقه (Cowen, Jones, & Bellack, 1979) خفض السلوك التخريبي وتقوية السلوك الصفي المناسب لدى مجموعة من الأطفال في المرحلة الأبتدائية باستخدام الوقت الحر(Fre time) كمعزز وتمكن دورتي ودورتي (Dougherty & Dougherty; 1977) معالجة السلوك التجريبي ..إلخ. معالجة السلوك التخريبي لدى مجموعة من الأطفال تراوحت أعمارهم بين (8-11) سنة من خلال إرسال تقارير يومية للوالدين ليقوما بتعزيز الاطفال في البيت في حالة امتثالهم لقواعد السلوك الصفي المقررة. (Dougherty & Dougherty, 1977) .

3- **تشكيل السلوك Shaping** : يعتمد أسلوب تشكيل السلوك على استخدام كل من التعزيز والإطفاء، وذلك بالتوفيق بينهما بهدف تطوير سلوكات جيدة ويتم التشكيل للسلوك عادة بتقسيمه إلى أجزاء عديدة ويتم تحديد الجزء الذي يبدأ به السلوك ونستمر في تعزيز الأجزاء المرغوبة وإطفاء السلوكيات غير مرغوبة التي تصاحب السلوك حتى نصل إلى السلوك النهائي المرغوب فيه، وقد استخدمت عدة دراسات هذا الأسلوب لمعالجة السلوك التخريبي لدى الأطفال، فعلى سبيل المثال إستطاع فريمان (Friman, 1990) إيقاف السلوك التخريبي لدى طفل باستخدام التعزيز التفاضلي للسلوك البديل (D.R.I) وتمثل السلوك المستهدف في هذه الدراسة بالخروج من المقعد، وقد حقق الإجراء العلاجي هذا الأهداف المتوخاة مباشرة وبشكل كامل. (القاسم وآخرون، 2000).

4- **الأستبعاد التدريجي**: وهو أسلوب تعمل من خلاله إلى إزالة السلوك غير المرغوب فيه بصورة تدريجية وببطء إلى أن يتمكن الطفل من أداء السلوك دون تشجيع أو حث من الآخرين، حيث نأخذ أول سلوك بسيط يقود إلى السلوك النهائي ونعززه، ولقد قام (مارتن ، 1975م) بدراسة مستخدما هذا الأسلوب على أطفال يعانون من مشكلة تقليد أقوال المتحدث (Echolalia) حيث كانت المرحلة الأولى من التدريب أن يشير إلى قمة

ويسأل التلميذ ما هذا؟ ومن البديهي أن يكون رد التلميذ: ما هذا؟ بعد ذلك يشير المدرس إلى قميصه مرة أخرى ويقول قميص، فإذا قال التلميذ قميص فإن يمنحه معززا بسيطا ويكرر هذه الخطوة عدة مرات، وفي المرحلة الثانية يشير المعلم إلى قميصه ويقول: هذا قميص، فيقول التلميذ قميص بطريقة تلقائية، وفي المرحلة الثالثة يردد المعلم عبارة: ما هذا قميص، وينطق بصوت عال ما هذا؟ وبصوت منخفض قميص، وفي النهاية توصل التلميذ للإجابة على سؤال المعلم ما هذا؟ نلفظه قميص (Martin & Pear, 1983).

5- التعاقد السلوكي **Behavioral Contracting** وهو أن يتفق المعلم مع الطالب على تحقيق مجموعة أهداف تم وضعها من قبل المعلم، وعندما يحققها الطالب يتم تعزيزه، ويجب الانتباه إلى أن تكون تلك الأهداف قابلة للتحقيق، (Marin & Pear, 1983).

ويشترط مراعاة القواعد الأساسية التالية عند كتابة العقد وهي:

1. تقديم المغزز مباشرة بعد حدوث التغيير المطلوب.
2. يجب أن تكون العقود مناسبة وقابلة للتحقيق.
3. يجب أن تصاغ العقود بطريقة إيجابية وواضحة وعادلة.
4. يجب أن تعمل العقود على تحقيق السلوك المرغوب فيه.

وقد بينت بعض الدراسات فاعلية هذا الأسلوب في خفض السلوك العدواني، ويمكن تطبيق هذا الأسلوب على أيدي معالجين متخصصين أو على أيدي الآباء.

6 -التعزيز الرمزي **Tokenrin Foreement** : ويقصد به قيام المعلم بإعطاء التلاميذ مجموع قطع (كوبونات) أو نجوم أو غيرها عند قيامه يالسلوك المناسب، ثم بعد انتهاء الحصة يقوم الطالب باستبدالها باشياء محببة كالهدايا والحلوى، وتستخدم طريقة التعزيز الرمزي بهدف إحداث تغييرات سريعة في سلوك الأطفال المعوقين وذلك من خلال زيادة دافعيتهم وزيادة احتمالات قيامهم بالسلوك المناسب. (عبد الرحمن ، 1993)

وهناك شروط محددة لتلك المعززات الرمزية وهي:

1. أن لا تكون قابلة للتلف.
2. أن لا تكون مؤذية للطفل كأن تكون صغيرة قابلة للابتلاع.

3. أن لا تكون معززا بذاتها وتلفت نظر الطفل أكثر من المعزز الذي يستبدل به. (القاسم وآخرون، 2000)

ويجب ان تتضمن برامج التعزيز الرمزي العناصر الرئيسية التالية:

أ - تزويد الأطفال بمعلومات توضح لهم الاستجابات التي ستؤدي إلى التعزيز.

ب- تنظيم العلاقة بين المعزز الرمزي (وهو معزز شرطي يستمد قيمته التعزيزية من خلال إرتباطه بمثيرات تعزيزية أولية أو ثانوية أخرى).

جـ- قواعد واضحة تبين كيفية ظروف واستبدال المعززات الرمزية بالنشاطات أو الأحداث أو الأشياء المعززة (المعززات الداعمة).

هذا وقد أثبتت العديد من الدراسات فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في معالجة العديد من اضطرابات السلوك أهمها السلوك التخريبي والحركة الزائدة.

ففي الدراسة التي أجراها كل من كاردن وفولر (Carden & Fowler, 1984) والتي هدفت إلى معالجة السلوك التخريبي باستخدام نظام التعزيز الرمزي لدى (17) طفلاً يعانون من الإعاقة الانفعالية، وقد أوكلت مهمة الإشراف على نظام التعزيز الرمزي إلى مجموعة من الرفاق حيث طلب منهم تنفيذ البرنامج ومتابعته، وقد استطاعوا عمل ذلك بنجاح حيث انخفض معدل حدوث السلوك التخريبي وازداد سلوك المشاركة المناسبة في النشاطات داخل غرفة الصف وخارجها (Carden & Fowler, 1984).

7- النمذجة Modiling

وهي من الطرق البسيطة نسبيا والواضحة ليتعلم الطفل سلوكا ما. تشتمل النمذجة على قيام المعلم أو أي شخص آخر (النموذج) بتعليم الطفل كيف يفعل شيئا ما ومن ثم الطلب منه أن يقلد ما شاهده، ولتحقيق ذلك يحتاج الطفل إلى التشجيع والانتباه والتعزيز.

إن السلوك النموذج المناسب والبسيط، يشجع الطفل على القيام بالاستجابة السلوكية الملائمة، وذلك وفقا للآثار الإيجابية الثلاث التالية:

1- تأثير النموذج: حيث يكتشف الطفل سلوكيات يؤديها النموذج لم تكن معروفة له سابقا.

2- تأثير المنع أو الكبح: عندما يتم معاقبة النموذج على سلوك غير مرغوب فيه فإن الطفل قد يمتنع عن القيام بمثل هذا السلوك.

3- تأثير الإستخراج: يتم استخراج السلوك المماثل لسلوك النموذج من خبرات الطفل المخزونة. (السرطاوي وسالم، 1987).

هذا وقد وضحت مئات الدراسات العلمية فاعلية النمذجة في معالجة العديد من المظاهر السلوكية غير المناسبة أهمها: الانسحاب الاجتماعي.

ب - أساليب خفض السلوك:

وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلي خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب فيه ويندرج تحت هذا الأسلوب:

1. العقاب Punishment:

هو الإجراء الذي يؤدي فيه توابع السلوك إلي تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل في المواقف المماثلة .

ويأخذ ذلك أحد الشكلين التاليين:

أ- إضافة مثيرات سلبية أو منفرة ويسمى العقاب في هذه الحالة بالعقاب من الدرجة الأولى (Type I punishment).

ب- إزالة مثيرات إيجابية أو تعزيزية ويسمى العقاب في هذه الحالة بالعقاب من الدرجة الثانية (Type II punishment).

ولا يكون العقاب عقابا إلا إذا أدى إلى خفض السلوك (Martin & Pear, 1983) وحتى يكون أسلوب العقاب فاعلا فلا بد من مراعاة الأمور التالية عند تطبيقه (السرطاوي وسالم، 1987).

1 - عندما يعاقب المدرس التلميذ فإنه يجب عليه أن يوضح له سبب العقاب.

2 - يجب أن يلجأ المدرس إلى العقاب كأسلوب أخير في تعديل السلوك، وذلك بعد أن تفشل أساليب التعديل الأخرى.

3 - يجب أن لا يكون أسلوب العقاب هو النمط المميز للمدرسين لأن هذا سيؤدي إلى كراهية الطلاب للمدرس الذي يستخدمه.

4 - إذا اضطر المدرس أن يستخدم أسلوب العقاب فعليه أن يستخدم أولاً أبسط أشكال العقاب.

5 - على المدرس أن لا يكتفي بمعاقبة السلوك غير الملائم بل عليه وفي نفس الوقت أن يعزز ويكافىء السلوك الملائم.

ومن الجدير ذكره أن العقاب كان في الماضي من أكثر الأساليب استخداما لمعالجة السلوك العدواني والسلوك التخريبي لدى الأطفال المضطربين في السلوك أما حالياً فإن

معدلي السلوك لا يميلون إلى استخدام هذه الأساليب لأنها قد تولد العنف المضاد من جهة ولأن أثرها طويل المدى محدود من جهة أخرى (Sallis, 1983).

2. المحو الإغفال أو التجاهل Extinction:

وفي هذا الأسلوب يحاول المعالج محو السلوك غير المتوافق وذلك بإغفاله (غياب التعزيز) حتى ينطفىء ذلك السلوك، وقد أستخدم هذا الأسلوب بنجاح في علاج بعض حالات الاضطرابات النفسية الجسمية وفي خفض السلوك العدواني غير الشديد (martin & Pear, 1983) وتجدر الإشارة إلى ضرورة الانتباه إلى نوع السلوك المتجاهل فقد يكون مؤذيا للذات أو مهدداً للآخرين، وهنا لا يصلح اتباع أسلوب التجاهل وإنما لابد من اتباع أسلوب آخر (القاسم وآخرون، 2000).

3. التغذية الراجعة Feed Back:

تتضمن التغذية الراجعة تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي. وقد بين (ميكولاس 1987)، إن التغذية الراجعة قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من النتائج التالية.

أ - قد تعمل التغذية الراجعة بمثابة تعزيز (التغذية الراجعة الإيجابية) أو بمثابة عقاب (التغذية الراجعة السلبية).

ب - قد تغير التغذية الراجعة مستوى الدافعية لدى الطفل، فإذا حصل الطفل على علاقة منخفضة فذلك قد لا يدفعه إلى الدراسة والتحضير.

ج - قد تقدم التغذية الراجعة معلومات للطفل توجه أداءه وتعلمه (التغذية الراجعة التصحيحية).

فالتغذية الراجعة تلعب دوراً بالغ الأهمية في تشكيل سلوك الأطفال المضطربين في السلوك.

4. الممارسة Negative Paretic:

يشتمل هذا الإجراء على إرغام الشخص على تأدية السلوك غير المرغوب بشكل متواصل ولفترة زمنية محددة على افتراض أنه سيصبح مملاً وبغيضاً في النهاية، وفي العادة يستخدم هذا الإجراء لتقليل السلوكات غير الإرادية كمص الإبهام، وقضم الأظافر، التأتأة، وكذلك تستخدم في معالجة التدخين .

5. التصحيح الزائد Overcorrection:

وفي هذا الأسلوب يتم الطلب من الطفل القيام بتصحيح الخطأ الذي وقع فيه، وزيادة عليه، بمعنى إجباره على أن يمارس السلوكات الصحيحة. فالطفل الذي يتعمد سكب الماء على الأرض، فإننا نطلب منه مسحها، وإكمال مسح كامل الغرفة (القاسم وآخرون، 2000)، ويعتبر هذا الأسلوب من الأساليب التي اثبتت فاعليتها في معالجة كل من السلوك التخريبي والسلوك العدواني عند الأطفال المضطربين في السلوك.

6. العزل Seclusion time out:

ويشتمل هذا النوع على إقصاء الشخص من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة يسمى غرفة العزل. وهنا لابد من التأكيد على أن العزل يجب أن لا يستمر لأكثر من عدة دقائق (فالعزل لا يعني الحبس) .

ويجب الانتباه إلى الأمور التالية عند تطبيق هذا الأسلوب :

أ - أن تكون غرفة العزل آمنة وفي موقع معين في المدرسة.

ب - حجز الطفل لفترة زمنية قصيرة ومدروسة.

ج - أن يكون مكان العزل خالياً من المثيرات التعزيزية (Walker, 1984).

7. تعزيز السلوك المخالف

يهدف هذا الأسلوب إلى جعل السلوك المرغوبَ في خفضه ليس ذا أهمية لدى الطفل، وذلك بالتوقف عن تعزيزه، وتعزيز السلوك الذي يعاكسه تماماً وذلك بهدف لفت نظر الطفل إليه، ويعتبر هذا الأسلوب من أكثر الأساليب السلوكية انتشاراً وذلك لفاعليته ولسهولة تطبيقه، فمثلاً لدينا طفل دائم البكاء وبصوت عال فإذا رغبنا في تطبيق هذا الأسلوب فإننا ننتظر توقفه للحظة عن البكاء ونقوم بتعزيزه ونشعره أن التعزيز كان بسبب توقفه عن البكاء وعندما يعود للبكاء نمتنع عن تعزيزه، وهكذا حتى يتوقف تماماً عن البكاء.

8. التحصين التدريجي أو التخلص من الحساسية

ويستخدم هذا الأسلوب في الحالات التي يكون فيها السلوك قد أكتسب مرتبطاً بحادث منفر معين، كالخوف والإشمئزاز من الأشياء، وقد استخدمت هذه الطريقة بنجاح في علاج حالات الذعر والخوف المبالغ فيه، وعلاج مشكلات الشعور، بالألم والاكتئاب. (القاسم وآخرون، 2000).

وأخيراً وبعد أن استعرضنا أساليب العلاج السلوكي المستخدمة مع الأفراد المضطربين في السلوك لابد من ذكر أهم مزايا هذا الأسلوب وعيوبه من وجهة نظر العلماء.

أهم مزايا العلاج السلوكي :

(1) يقوم العلاج السلوكي على أساس دراسات وبحوث، تجريبية وعملية قائمة على نظريات التعلم، ويمكن قياس صدقها قياساً تجريبياً مباشراً، وتخضع فروضه ومسلماته إلى تفسر السلوك للتجريب العملي.

(2) يركز على المشكلة أو العرض، وهذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه.

(3) متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات والإضطرابات.

(4) عملي أكثر منه نظري ويستعين بالأجهزة العلمية.

(5) نسبة التحسن عند استخدامه تصل إلى 90% أحياناً في حين استخدام الأساليب الأخرى يصل إلى 75 - 50% في أحسن الأحوال (زهران، 1982).

(6) أهدافه واضحة ومحدودة.

(7) يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والممرضات بعد التدرب اللازم.

(8) يوفر المال والجهد والوقت لأنه يستغرق وقتاً قصيراً نسبياً لتحقيق أهدافه (Ross, 1981).

أهم عيوب العلاج السلوكي :

(1) الاضطرابات السلوكية يصعب تفسيرها جميعا في شكل نموذج سلوكي مبني على أساس الاشتراط.

(2) يهتم بالسلوك المضطرب فقط ويركز على التخلص من الأعراض الظاهرة دون البحث عن المصدر الحقيقي للإضطرابات ودون تناول الشخصية ككل، وهذا قد يؤدي إلى ظهور أعراض أخرى، فالاضطراب السلوكي الظاهر ما هو إلا دليل خارجي لإضطراب داخلي عميق يكمن وراء هذا السلوك الظاهر الذي يمثل قمة جبل التاج الظاهرة فقط.

(3) الاضطرابات السلوكية يصعب تفسيرها جميعاً في شكل نموذج سلوكي مبني على أساس الاشراط.

(4) أحياناً يكون الشفاء وقتياً وعابراً. (زهران، 1982).

نظرية العلاج العقلي - العاطفي في معالجة إضطرابات السلوك

مقدمة: تطور النظرية ومفهومها بشكل عام

بدأ البرت اليس (Ellis) مؤسس نظرية العلاج العاطفي- كأخصائي نفسي مارس طريقة التحليل النفسي التقليدي والطريقة التحليلية الجديدة لست سنوات ونتيجة لتجربته مع التحليل النفسي استنتج أن التحليل النفسي سطحي نسبيا، لذلك حاول تجريب نماذج علاجية أخرى، وبهذا فقد خلط (اليس) جانب الفلسفة الانسانية Humanisitic Philo-soshical مع العلاج السلوكي (Behavior Therapy) ليشكل بالنهاية العلاج العقلي العاطفي (Rational Emotive Therapy- RET)، وهي نظرية في الشخصية وطريقة في الارشاد والعلاج النفسي، وبهذا طور (اليس) العلاج العقلي العاطفي، واوجد العلاج المعرفي السلوكي.

تختلف طرق علاج هذه النظرية عن الطرق المتبعة في النظريات الأخرى، كالتحليل النفسي والاتجاه الجشطالتي وغيرها، وبالمقابل يعتبر العلاج العقلي العاطفي قاسم مشترك مع المعالجات الأخرى التي تتوجه نحو الجانب المعرفي والسلوكي، فهو يركز على التفكير، اهمية الهدف، وتقدير الناتج، والتحليل، والاداء، والقيم، ومعاني الوجود الانساني، كما يعتبر اسلوبه مباشراً جداً في التركيز على العقل في العلاج. وينظر للعلاج كعملية تربوية يقوم بها المعالج بدور مشابه لدور المعلم خاصة في اعطاء الواجبات البيتية. وخلاصة القول فإن هذا العلاج يركز على البناء المعرفي والجانب الانفعالي والسلوكي لدى الفرد وتفاعلاتها، فهو نموذج متعدد الابعاد وانتقائي في مفهومه وتركيبه (Gorey, 1996).

وقد تأثر اليس بالفلاسفة الاغريق والرومان القدامى كأبقراط وابيكيتوس (Epicte-tus) حيث اشاروا إلى :

"إن ما يجعل افكارنا مضطربة ليس الاحداث نفسها، وإنما حكم الناس علي الاحداث" وقد اصبحت هذه الفكرة هي الاساس في المعالجة العقلية- العاطفية: "باننا نحن الذين نشكل انفسنا عن طريق افكارنا" (Gorey, 1994; warga, 1988)، كما أشاد ادلر باعتباره سباقا في العلاج العقلي - العاطفي، حيث يقول أدلر (Adler): " إن ردود فعلنا الانفعالية ونمط حياتنا تقترن باعتقاداتنا الاساسية، لذا فهي موجهة عقلياً" وقال: " انه من الواضح جداٍ بأننا لا نتأثر "بالحقائق"، لكن بالطرق التي تفسر فيها الحقائق". (Ellis,2000).

وترى هذه النظرية ان الاضطرابات النفسية لا تنشأ عن الخبرات والحوادث التي يمر

بها الأفراد، إنما سببها الاعتقادات التي يحملها الأفراد عن هذه الحوادث على افتراض أن الإنسان يولد ولديه امكانية للتفكير العقلاني أو التفكير اللاعقلاني، فكما أن الإنسان لديه استعداد وراثي للمحافظة على التفكير، الحب، الاتصال الاجتماعي، الكلام، السعادة، النمو، تحقيق الذات، فإن لديه استعداد نحو هدم الذات، تجنب التفكير، الكماليه، نقد الذات، تجنب مقومات النمو وعدم الصبر والإرادة.

وفي أحدى المقابلات سئل اليس: "كيف تحب أن تذكر بعد موتك؟ "فأجاب: "في حقل العلاج النفسي أحب أن يقولوا بأنني المكتشف الرئيسي للجانب المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي، وقد عملت جهدا كبيرا حتي يتم قبول هذا الجانب في العلاج النفسي وفي النهاية تم قبوله نتيجة جهدي المتواصل" (Newcomer, 1980, Geroy, 1996).

1 - العلاقة بين العلاج العقلي العاطفي والعلاج بالأساليب المعرفية والسلوكية الأخرى:

في بداية نشأت العلاج العقلي العاطفي كان هناك تشابه بسيط بينه وبين العلاج السلوكي، فقد كان يستخدم العلاج السلوكي كجزء من العلاج المتكامل، مما أنتج نوعا ما من التشابه بين العلاج العاطفي والسلوكي. وتشدد نظرية العلاج العقلي العاطفي على ضرورة استخدام اساليب معرفية، انفعالية وسلوكية وبطرق مباشرة وفعالة في علاج اضطرابات السلوك.

ومن الجدير بالذكر أن العلاج السلوكي ومنذ الستينات يشمل الجوانب المعرفية كسلوك شرطي يمكن تعليمه وتعديله، وبعد قبول المعالجين السلوكيين لممارسة العلاج العقلي العاطفي تتطورت وجهات نظرهم بشكل أكبر بخصوص أهمية الجوانب المعرفية ودورها في حل مشكلات المضطربين، وتبعا لذلك فقد ابتكر المعالجين السلوكيين وسائل خاصة بهم للتعديل المعرفي.

ويرتكز الإتجاه العلاجي المعرفي السلوكي على أن: "للأفراد دور رئيسي في ظهور الاضطرابات والمشكلات النفسية وبظهور أعراض معينة لديهم والتي تعتمد علي كيفية تفسيرهم للأحداث والخبرات المختلفة في حياتهم". ومن هنا فإن هذا الإتجاه يركز وبعمق على الإفتراض بأن " إعادة الفرد لتنظيم افكاره سيؤدي إلى إعادة تنظيم سلوكه".

ويرى دونالد ميشينبام (Meichenbaum) عام 1966 بأن الجوانب المعرفية لدى المضطربين عبارة عن سلوكيات واضحة يمكن تعديلها تماما مثل تعديل السلوكات الملاحظة بوضوح والمعروفة إجرائياً، وهكذا فإن أساليب تعديل السلوك التي تستخدم في تعديل عمليات التفكير العلنية والذاتية.

ويكمن الخلاف بين نظرية العلاج العقلي العاطفي والنظريات المعرفية السلوكية، بأن العلاج العقلي العاطفي يركز وبشكل منظم على المعتقدات اللاعقلانية المسببة لاضطرابات الانفعال والسلوك. وكذلك فإننا نجد في كثير من النظريات المعرفية السلوكية تركيز كبير لدور العاطفة والدفء الشخصي بالمقارنة بالعلاج العقلي العاطفي مع أنها تعطي تركيزاً أكبر للتقلبل غير المشروط للمضطرب. (Geroy, 1996).

فالعلاج العقلي العاطفي يساعد المضطربين من خلال تدريبهم على النهج العلمي في التفكير وعلى توظيف هذا المنهج في حل اضطرابات الانفعال والسلوك لديهم.

2 - (جذور اضطرابات السلوك لدى الافراد)

جذور الافكار العقلانية واللاعقلانية لدى لافراد:

تؤكد نظرية العلاج العاطفي أن الأبناء يتأثروا بأبآهم خلال مراحل الطفولة الاولى، فأساليب الوالدين تؤثر في تشكيل شخصية الطفل وتنمية الاستعدادات الموروثة لديهم أو ضمورها، وبهذا نرى أن هذه النظرية تركز على أن التفكيراللاعقلاني يرجع في نشأته إلى ذلك التعليم المبكر الذي يتلقاه الطفل من والديه وبيئته التي يعيش فيها، ونزعة الافراد إلى التفكير اللاعقلاني والخيالي وعدم القدرة على التحمل وجلد الذات وتدميرها الذي يتم تعزيزه بصورة مستمرة من اسرهم وثقافتهم. (الشويكي، 1991).

وخلال السنوات الأولى من حياة الأطفال تكن امكانية تكيفهم على اشدها، لذلك فهم اكثر تأثيرا بالاسرة والضغوط الاجتماعية. فوصف الاباء لابنائهم بأنهم سيئون ولا قيمة لهم وغير مرغوب فيهم عندما يتصرفون بطريقة غير لائقة، تعتبر ممارسات تؤثر في اطفالهم مستقبلا ليصبح لديهم اضطرابات انفعالية عاطفية واضطرابات السلوك. ولان الإطفال تنقصهم القدرة على قياس ذاتهم وبيئتهم بموضوعية، فهم يكونون اتجاهات ناقدة عن الوالدين، وبالتالي يولدون اتجاهات سلبية نحو الافراد المحيطين كالمعلمين والاقران ويصبح الأطفال، مضطربين ليس فقط بسبب اتجاهات الاباء السلبية نحوهم، ولكن أيضاً بسبب أن الأطفال لديهم نزعة وميلان لأخذ هذه الاتجاهات بجدية حيث تدخل في اعماقهم خلال سنوات حياتهم الأولى ثم ينمون ويكبرون ولديهم مطالب لاعقلانية تخدم نظام المعتقدات اللاعقلانية لديهم (Gilliland,1984 ; Corsini, 1979 ; Elis & Grieger, 1977; Gorey, (1996 .

وتؤمن هذه النظرية بأن الانسان غير معصوم عن الخطأ، لذا فهي تساعده على تقبل

ذاته، وتعلمه كيف يعيش ويتكيف مع ذاته، وقد قام اليس عام (1979) بوضع الاسس اللازم مراعتها عند استخدام أسلوب العلاج العقلي العاطفي:

1- عند التعامل مع الظروف الخارجية يعلم الافراد انفسهم الاضطراب اكثر من التكيف مع هذه الظروف.
2- يتسبب الافراد لانفسهم بالاضطراب وذلك لان لديهم استعداد موروث للتفكير اللاعقلاني.
3- الإنسان كائن فريد فلديه القدرة على بناء نظام من المعتقدات اللاعقلانية والتعايش معها وبالتحديد التي تسبب له الاضطراب.
4- يملك الافراد القدرة على تغيير نظام المعتقدات اللاعقلانية لديهم أي احداث تغييرات في العمليات المعرفية الانفعالية السلوكية لديهم، فلديهم القدرة على تدريب ذاتهم على ابقاء الاضطراب بمعدلات دنيا لبقية حياتهم ويستطيعوا أن يقللوا من نسبة القلق لديهم، أي ان لديهم القدرة على التصرف بطرق جديدة غير التي اعتادوا عليها.
5- السلوك بالحياة بطريقة التفكير اللاعقلاني يؤدي إلى أن تصبح الافكار اللاعقلانية لدى الافراد طريقة سهلة في التفكير فالفرد هنا يصر على ان "الاشياء يجب ان تسير كما يريد وعندما لا تسير الامور كما يريد فهو غير مضطر لتحمل مسؤولية السيطرة على حياته" (Ellis, 2000).

3 - العلاقة بين العقل والانفعال والسلوك واضطرابات السلوك:

تعتمد نظرية العلاج العقلي- العاطفي على الاعتقاد بأن التفكير يخلق الانفعال، وهذه العملية عبارة عن علاقة متفاعلة بين العقل والانفعال والسلوك. أي أن الافراد يتكلمون مع ذاتهم، وأن طبيعة هذه الاحاديث قد تخلق اضطراباً انفعالياً يتداخل مع نشاطهم الشخصي وسلوكهم من خلال تفاعلهم مع مواقف الحياة. ومن الجدير بالذكر أن لدى الافراد القدرة الفريدة على التفكير حول تفكيرهم وبذلك ينتجون أمزجة سلبية اخرى وذلك بإخبار انفسهم اشياء سلبية، ليس فقط عن الحوادث الخارجية الموضوعية ولكن ايضا عن الحوادث النفسية الداخلية. فالانفعالات والسلوكيات لدى الفرد تتأثران وبقوة بالتوقعات الفكرية للافراد، وعندما تكون هذه التوقعات غير عقلانية تصبح الانفعالات التي تليها مدمرة لفرص الفرد في السعادة مع ذاته والاخرين.

وتشير هذه النظرية إلى إن التفكير والانفعال والسلوك عمليات غير منفصلة عن

بعضها البعض بل أن وظائفهم مترابطة معا، إذا أن الانفعال والسلوك الناتج يصاحب التفكير (Corsini, 1979). وكما يرى اليس (Ellis, 1977) "أن هناك اتصالا متبادلا بين التفكير والانفعال والسلوك حيث أنها وحدات غير منفصلة وتؤثر على بعضها، وأن التفكير يؤثر على الانفعال والسلوك، وأن السلوك يؤثر على الانفعال والتفكير، وأن الانفعال يؤثر على السلوك والتفكير، وعندما يغير الافراد واحدة من هذه العمليات فإنهم يضطرون بصورة متزامنة إلى تغيير الاثنتين الباقيتين".

ويؤكد باترسون (Patterson, 1973) أن نظرية العلاج العقلي - العاطفي ترى أن الانسان حيوان ناطق ويفكر عادة من خلال استخدامه اللغة. وبما أن التفكير يصاحب الانفعال والسلوك، اضطرابات الانفعال والسلوك، فمن المحتم استمرار التمكير اللاعقلاني طالما استمرت اضطرابات الانفعال والسلوك؛ وهذا بالذات ما يميز الانسان المضطرب، فهو يديم اضطرابه وسلوكه اللاعقلاني من خلال تحويل أفكاره إلى حديث ذاتي داخلي يكرره لنفسه فتصبح هي افكاره وتنعكس بالتالي على انفعالاته وسلوكه. وتكون هذه الاثارة الذاتية المستمرة والمتكررة هذه سبب اضطراب سلوكه واضطراب انفعلاته.

تعتبر القيم اساس في نظرية اليس وتلعب دوراً مهما فيها، فالقيمة المهمة لدى (اليس) هي أن اللذة Hedonism أساس الحياة ويتم الحصول عليها من خلال انجاز الاهداف قصيرة أو بعيدة المدى التي يرسمها الفرد لنفسه، وبما أن الانسان بطبيعته قابل للفشل وغير معصوم عن الخطأ، ولا يوجد أحد كامل ويواجه كل انسان اختيارات، وليس بغريب أن يدرك الفرد بعد حيث انه اخطأ في صنع قرار ما، ولاننا لا نستطيع الفصل بين التفكير والانفعال لانهما يؤثران ببعضهما البعض، فإن اضطرابات العاطفة والسلوك يعتبران نتاج للتفكير اللاعقلاني اللامنطقي، فاساس أضطرابات السلوك يكمن في نزعة البشر لاجراء تقييمات حاسمة وغير مرنة وقاطعة للاحداث التي يختبرونها في حياتهم، فالسلوك المضطرب هو نتاج لافكار لاعقلانية واهداف مثالية لا واقعية لا يمكن اثبات صحتها.

(Bernard & Joyce, 1984 ; Dryden, 1987 ; Ellis, 1980 ; Patterson, 1973)

4 - نموذج ABC في الشخصية

وكما رأينا سابقا فإن المشكلات النفسية تنشأ لدى الافراد من نظام معتقداتهم اللاعقلانية، ومن وجهة نظر العلاج العقلي العاطفي فإن كثير من المعالجين يقعوا في الخطأ من خلال تركيزهم على الاحداث الماضية أو كأنهم يستطيعون أن يفعلوا شيئاً كتغير

طفولة المضطرب ويقع غيرهم بخطأ نتيجة تركيزهم المبالغ فيه على ضرورة ادراك المضطرب لخبراته والتعبير عنها. ويرى (اليس) أن هذا التكنيك غير فالنواتج الانفعالية لا تختفي بمجرد التعبير عنها، وبدلاً من ذلك على المعالج أن يركز على تحويل وتبديل اسلوب التفكير اللاعقلاني المسبب للنواتج الانفعالية والسلوكية غير المرغوب فيها إلى اسلوب تفكير عقلاني ومنطقي، وبالتالي تكون ردود الفعل الانفعالية والسلوكية ويعتبر نموذج ABC في الشخصية مرتكز لنظرية وممارسة العلاج العقلي- العاطفي والتي تتلخص الآتي:

نظام معتقدات الفرد (B) يؤدي إلى نتائج عاطفية سلوكية (C) ويظهر للفرد أن الحدث الخارجي مثل فقدا شخص عزيز (A) يؤدي إلى حدوث النتائج العاطفية السلوكية (C). ولكن هذا الافتراض خاطئ حسب نظرية العلاج - العاطفي لأن الحدث الخارجي (A) لم يسبب حدوث النتائج العاطفية السلوكية (C)، ولكن نظام معتقدات الفرد (B) عبارة عن الحدث الخارجي (A) يؤدي إلى حدوث النتائج العاطفية السلوكية (C)، وبالتالي فإن (B) عبارة عن معتقدات الفرد وافكاره وتقييماته عن (A)، ومما سبق نستنتج أن هذه النظرية تقول أن الاحداث الخارجية ليست هي السبب الحقيقي لمشاعر الفرد، وأن الفرد يشعر بطريقة تفكيره فشعوره هو تفكيره (Ellis & Grieger, 1977).

مثال ذلك:

إذا اختبر شخص الاكتئاب بعد رفض اصداقاءه له، فقد لا يكون رفض الاصدقاء بحد ذاته مسبب لرد الفعل (الاكتئاب)، ولكن افكار الشخص عن الفشل والرفض أو خسارة الرفيق هو السبب. فيقول (اليس) أن أفكار هذا الشخص عن الفشل والرفض (B)، وهي التي تسبب الاكتئاب (C)، وليس الحدث الحقيقي للرفض (A).

فالبشر مسؤولون عن خلق ردود فعلهم الانفعالية والسلوكية وعن اضطرباتهم، ومهمة العلاج العقلي-العاطفي اطلاع الافراد على طريقة تغيير معتقداتهم اللاعقلانية التي تسبب بشكل مباشر أضطرابات الانفعال والسلوك (Wallaee, 1986) ويقول اليس (Ellis, 1980) أن نظام المعتقدات لدى الفرد (B) تتألف من :

اولاً- معتقدات وافكار عقلانية Rational Beliefs Thinking: وتعتمد على ثلاث نقاط رئيسية:

أ: "الحقائق سلمية" كما وصفها روجرز.

ب: إذا نظرنا للواقع كحتمي، فإننا سنخبر انفسنا بأنه"مهما كانت علاقة حتمية بين

الاسباب والنتائج، وإذا حدث شيء لا ترغب فيه، فقط علينا القبول بأن الحدث له اسبابه الكافية (حاول تغيرها في المرة التالية)

جـ: يناقش (اليس) دائما "استخدام طرق الملاحظة الموضوعية والتجريب مثل المعالجة المنظمة للمتغيرات للتبصير بما حدث.

وباختصار، يتقبل الفرد ما يحدث وما حدث كقانون وكنواتج طبيعية وليس احداث مرعبة وفظيعة يجب تجنبها: ومما سبق نرى أن هذه الأفكار العقلانية لها تقيمات مرتبطة بما هو مثبت تجريبيا وتحتوي على اولويات ورغبات فرد ما وهي امور واقعية وصحيحة ومنطقية وليست مطلق وذات هدف واقعي وحالة من المطالب والآمال ويقود هذا التفكر إلى عواطف منسجمة مناسبة وزيادة في مشاعر السعادة والمتعة وإلى احراز الاهداف بسرعة و أسهل. وما دمنا لا تستطيع تغيير الاحداث الماضية، يمكننا تعلم استخدام هذه القوانين النفسية نساعد انفسنا والاخرين في المستقبل، وما نستطيع تغيره في المستقبل، يمكننا تقبله (Ellis , 2000).

ثانياً- المعتقدات اللاعقلانية (Irratieonal Beliefs)

هي تقييمات مستمرة من افتراضيات ومقدمات ليس لها أساس تجريبي لاستخدامها وتظهر في لغة مطلقة (يجب، لازم...) حيث تمثل المطالب ملحة غير واقعية أو دقيقة... وهي نتاج افكار مدمرة لا منطقية تمثل التفكير المطلق وتعتبر فلسفة اعتقادية تقود إلى عدم الراحة والقلق ولا تساعد على تحقيق الاهداف، كما تقود إلى الكآبة والغضب والاستغراق في التفكير (Ellis, 1976, 1980; Beunard & Joyce 1984 ; Gilliland, 1984) ويشير (اليس) بقوله "انت تشعر بالطريقة التي تفكر بها" فردود الفعل الانفعالية كالقلق الاكتئاب تبدأ ويتم تنفيذها من خلال نظام معتقدات هزم الذات والتي ترتكز على افكار غير عقلانية تعود جذورها إلى الطفولة. ومن الجديد بالذكر أن الشخص المضطرب ينكر أن الاحداث الخارجية وليس افكاره هي التي تجعله مضطربا (Ellis, 2000).

وتؤكد نظرية العلاج العقلي العاطفي أن العواطف الانسانية والمشاعر ضرورية وهامة ولا تستطيع أن نجرب عواطف إيجابية أوسلبية بدون المشاعر. فالعواطف الايجابية والمناسبة تعتبر نوع من المشاعر التي تساعده الفرد على الشعور بالسعادة.

وكما نحتاج للعواطف السلبية أو غير المناسبة لانها تعتمد على تهديداً لحاجات اساسية لدى الفرد بحيث تساعده على تجنب الخطر فالعواطف تساعد الافراد على الوصول إلى اهداف السعادة والبقاء.

وهناك ثلاث عوامل تؤثر على التفكير بطريقة عقلانية وعلى العواطف وهي:

1- نقص في الذكاء

2- نقص في معرفة كيف تفكر بذكاء

3- عدم القدرة الناتجة عن عدم مساعدة السلوك المضطرب على استخدام المعرفة والذكاء بشكل جيد، فالسلوك المضطرب هو "سلوك غبي من اناس غير اغبياء" (Gilliland, 1984).

وقد حدد اليس (Ellis) احد عشرة فكرة اعتبرها لاعقلانية تقود إلى سوء التكيف وإلى هزم الذات وبالتالي الاضطراب (Ellis, 2000) وهي:

1- من الضروري ان يكون الشخص محبوبا من كل فرد من افراد المجتمع،

2- يجب أن يكون الشخص كاملاً ومنجزاً ومتكيفاً ليكون ذا قيمة.

3- بعض الاشخاص سيئون وشريرون وعدوانيون لذلك يجب توبيخهم ومعاقبتهم.

4- من المصيبة أن لا تسير الامور كما يريدها الشخص.

5- مصدر التعاسة الانسانية الظروف الخارجية وليس لدى الشخص قدرة للسيطرة عليها.

6- الاخطاء والمخاوف امور تستدعي الاهتمام والاشغال الدائم بها.

7- التهرب من تحمل المسؤوليات اسهل بكثير من مواجهتها.

8- على الشخص ان يعتمد على شخص آخر اقوى منه.

9- الخبرات والاحداث الماضية هو التي تحدد السلوك الحاضر.

10- يجب أن يكون الفرد مشغولاً ومنزعجا لما يصيب الآخرين من اضطراب ومشكلات.

11- لا احب الطريقة التي اشعر فيها و لكني لا استطيع تغيرها فأنا فقط أقبلها واسير مع مشاعري.

12- هناك دائما حل صحيح وكامل لكل مشكلة ويجب على الشخص ان يجده.

وتوجد لدى غالبية الافراد نزعة قوية لجعل انفسهم مضطربين انفعاليا أو في السلوك من خلال تذويت معتقداتهم عن هزم الذات. ويجد هؤلاء الافراد صعوبة في تحقيق صحة نفسية جيدة.

5 - نظرية (اليس) لاضطرابات الانفعال والسلوك

يعتبر ما سبق مقدمة وتوضيحاً لنظرة (اليس) لاضطرابات الانفعال والسلوك وكيفية حدوثها لدى الافراد. وقد توصل (اليس) في عام 1989 أن الإنسان يتحدث مع ذاته ويقيم ذاته، كما يؤكد (اليس) بأن الإنسان يولد ولديه نزعة فطرية للنمو وتحقيق الذات، ومع ذلك فهو يعمل على إعاقة حركة النمو وتحقيق الذات بسبب استخدامه اساليب هدم وجلد الذات (Self- defecting) التي تعلمها.

وكما سبق وأشرنا فإننا نتعلم المعتقدات اللاعقلانية من الآخرين المهمين في حياتنا خلال مراحل الطفولة، كما اننا نبني خرافات داخلنا ثم نقوم بإعادة تركيب معتقدات لاعقلانية خاطئة عن طريق التكرار الذاتي.

ويعتبر النقد في هذه النظرية جوهر لمعظم اضطرابات الانفعال والسلوك، وبالتالي للتخلص من اضطراب في الشخصية والسلوك فأفضل طريقة لذلك هي وقف النقد لذاتنا وللآخرين وبدل ذلك فعلينا تقبل ذاتنا كما هي بالرغم مما ينقصها.

ويرى (اليس) ان الافراد يولدوا ولديهم نزعة وقدرة على التفكير العقلاني، ومع ذلك تكون لديهم نزعة قوية للمبالغة في ردود أفعالهم نحو الامور المختلفة كأستخدامهم لكلمات مثل (يجب، لازم)، وأي متطلبات وأوامر مطلقة، وكما أن لدينا قدرة على انتاج أفكار ومشاعر مضطربة، ألا أنه يوجد لدينا قدرة على ضبط انفعالاتنا، ولتحقيق ذلك لا بد من الانتباه إلى المتطلبات والاوامر المطلقة التي قد تتخلل حديثه الذاتي أو العلني عند الغضب، وهذا يعني اننا نملك الوعي الذاتي (Self- awereness) ونستطيع أن تقييم أهدافنا وتمييز مشاعرنا بغض النظر كما يحدث لنا، وبالتالي لدينا القدرة على أن نقرر بشكل فعال الطريق التي سنفكر فيها ونستطيع نتيجة لذلك أن نرفض جعل انفسنا قلقين أو مكتئبين حول شيء ما (Gorey, 1996).

6 - اجراءات معالجة اضطرابات السلوك:

هدف نظرية العلاج العقلي- العاطفي هو محور الافكار اللاعقلانية واللامنطقية السيئة الهازمة للذات ويقول (اليس): " انك لست اسير تجاربك الماضية وتستطيع هنا الآن ان تغير ما تفكر به ولهذا فإن ماتشعر به هو ماتفكر به". ويتم مساعدة الشخص المضطرب على تغيير المعتقدات الاعقلانية التي هي اساس اضطرابه العاطفي والسلوكي من خلال ثلاث اهداف تحدث عنها اليس وهي:

1- التخفيف من القلق ولوم الذات وهزم الذات والشعور بالاثم والغضب والاكتئاب.

2- التخفيف من التوبيخ وملامة الآخرين والعالم المحيط.

3- تعليم المضطرب تفنيد المعتقدات اللاعقلانية ووضع هدف بعيد المدى لنفسه ليصبح سعيدا وعقلانيا، ودراسة الطرق التي تزيد من درجة الفاعلية للمشاكل المستقبلية.

ويتم تحقيق الاهداف السابقة الذكر من خلال اكتساب فلسفة اكثر واقعية في الحياة.

وقد وصف اليس وبيرنارد (Ellis & Bernard, 1986) ثلاث عناصر اساسية في العلاج العقلي العاطفي:

1- الاكتشاف Detecting: وهنا يعلم المضطرب كيف يكتشف نظام المعتقدات اللاعقلانية لديه والتي تؤدي إلى تدني مفهوم الذات.

2- المناقشة Debating: يتم مناقشة نظام المعتقدات اللاعقلانية عن طريقة تعليمه الاسس المنطقية، طرح التساؤلات، التجريب، المناقشة العقلانية المستمرة لنتائج معتقداته على انفعالاته وسلوكه.

وتعتمد المعالجة العقلانية- العاطفية على الحوار، حيث يتعلم المضطرب خلالها بهدوء وبمنطقية وقوة أنه من الافضل أن يوقف الاوهام عن نفسه ويقبل بالواقع ويبتعد عن أدانة نفسه والآخرين ويصير بفعالية على جعل نفسه سعيدا قدر استطاعته في عالم بعيد عن المثالية ومع تحقيق القول الذات. ويقوم المعالج العقلاني بهجوم لفظي مباشر على تفكير المضطرب اللاعقلاني لان مثل هذا الهجوم يمكن بسهولة أن يجعل المضطرب في موقف اكثر تفهما اذا شعر أنه مجبر على تغيير معتقداته (Ellis, 1976 ; Sauason, 1980) فإذا كان المضطرب يشعر بالخوف من المرتفعات فإن الهدف ليس فقط تقليل درجة الخوف ولكن ايضا مساعدة المضطرب على التعامل بعمق مع مخاوفه بشكل عام.

3- التمييز Discriminating: وذلك بتدريب المضطرب على التمييز بين معتقداته العقلانية واللاعقلانية، وفي العلاج العقلي العاطفي تستخدم طرق معرفية، انفعالية، سلوكية لمساعدة المضطربين على الاعتراف بمعتقداتهم اللاعقلانية، ويتم خلال الجلسات التركيز في المناقشة على ظواهر حياتهم.

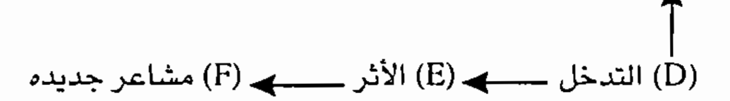
وفي النهاية يتم التوصل إلى E (Educating -تعليم) وهي فلسفة فعالة في الجانب العملي، فالجدير في فعالية الفلسفة العقلانية انها اشتملت على إعادة تركيب الافكار

لتناسب الجميع، وإذا نجحنا في ذلك على ايجاد F (Feelings) وهي تنظيم جديد للمشاعر بدلاً من المشاعر السلبية والاكتئاب.

تعتبر هذه الطريقة ملائمة للبدء باختيار المشاعر الايجابية من خلال تتبيه فلسفة عقلانية فعالة، فبدلاً من لوم الفرد لنفسه ومعاقبتها بالاكتئاب مثلا نتيجة رفض الرفاق له يتوصل عن خلال التجربة إلى القناعة التالية: "حسنا، انا اسف جداً لأن أصدقائي يتركوني، أتمنى أن أنجح في أشياء أخرى، وفشلي في تكوين الصدقات لا يعني نهاية العالم كما أنه لا يعني أنني فاشل في حياتي، وأكون غبيا إذا استمريت في لوم نفسي ومعاقبتها وجعل نفسي مليئة بالعجز لأن هذا سوف يحطمني".

ويوضح النموذج التالي التفاعل بين العناصر المختلفة

(A) المثير ← (B) المعتقد ← (C) التوابع الانفعالية والسلوكية



الخطوات التي تعتمد عليها فلسفة إعادة البناء لتغيير الخلل الوظيفي للشخصية

تعتمد فلسفة اعادة البناء لتغيير الخلل الوظيفي للشخصية على الخطوات الآتية:

1- الاعتراف بأننا نتحمل مسؤولية كبرى في خلق مشاكلنا.

2- الاقتناع بأننا نملك القدرة على تغيير الاضطرابات المؤثرة علينا.

3- الاعتراف بأن اضطرابات الانفعال والسلوك تأتي من معتقداتنا اللاعقلانية.

4- الادراك والملاحظة المباشرة لهذه المعتقدات اللاعقلانية.

5- ادراك اهمية مناقشة المعتقدات اللاعقلانية باستخدام الطرق المباشرة والخارجية.

6- الاقتناع بأنه إذا قبلنا التغيير سوف نجد ونعمل بشكل افضل وفعال على الطرق الانفعالية والسلوكية للسيطرة على معتقداتنا وضبط الخلل الوظيفي الذي قد يصيب مشاعرنا ويسيطر على ردود افعالنا.

7- إن تجريب طرق العلاج العقلي العاطفي للتخلص من الاضطرابات يؤدي إلى نتائج إيجابية كالشعور بالراحة في الحياة.

الأهداف التي يسعى العلاج العقلي- العاطفي إلى تحقيقها

تمثل الأهداف الأساسية التي يسعى العلاج العقلي - العاطفي إلى تحقيقها هي الآتية:

1- الاهتمام الذاتي.

2- الاهتمام الاجتماعي.

3- التوجيه الذاتي.

4- التحمل.

5- المرونة.

6- قبول الشك.

7- الالتزام.

8- التفكير العلمي.

9- تقبل الذات.

10- المجازفة.

11- عدم المثالية.

12- قدرة عالية على تحمل الاحباط.

13- المسؤولية الذاتية للاضطراب.

أساليب المعالج العقلاني

ومن أهم الأساليب التي يستخدمها المعالج العقلاني تتمثل في الآتي:

(1) الاسلوب المباشر النشط و(2) الاقناع (3) المنطق و(4) السلبية ، و(5) المواجهة و(6) لعب الدور و(7) الاقتراحات و(8) التدعيم و(9) تعيين الواجبات و(10) التعليم و(11)القول غير المشروط والدفء بحيث يكون دور المعالج مشجعا ومقنعا للمضطرب عن طريق تزويده بخبرات حياتية واقعية ليعرفه بالافكار اللاعقلانية وآثارها السلبية. (Osipow, et.al., 1984).

مهام المعالج العقلاني

وللوصول لهذه الأهداف على المعالج القيام بالمهام التالية:

1- زيادة وعي واستبصار المضطرب بالافكار اللاعقلانية المتشابكة التي يحملها وجعله

يدرس كل فكرة لاعقلانية على حدة وذلك حتى يصل إلى درجة من التبصر والوعي ودور المعالج هنا كشف المعيقات التي تؤدي إلى فكرة هزم الذات.

2- أن يقوم المضطرب بإعادة تلقين نفسه بالمعتقدات اللاعقلانية ويتحمل مسؤولية مشكلات وهنا يظهر المعالج للمضطرب أن أسسه غير عقلانية (وهكذا طبعا غير كافي).

3- مساعدة المضطرب على تغيير افكاره اللاعقلانية.

4- هنا يتحدى المعالج المضطرب لتطوير فلسفة عقلانية لحياته ومستقبله، وذلك من خلال مهاجمة المعالج لجوهر الافكار اللاعقلانية، ويعلم المضطرب كيفية إيجاد بدائل عقلاني، ويعلمه النهج في التفكير (Gorey, 1996).

الإطار المهني للمعالجين

وقد طور اليس الإطار المهني للمعالجين بطريقة العلاج العقلي العاطفي وتتمثل في الآتية:

1- تشجيع الشخص المضطرب على اكتشاف الافكار اللاعقلانية المثيرة للاضطرابات في السلوك.

2- توضيح اللاعقلانية في طريقة تفكير الشخص المضطرب.

3- استخدام روح النكته لمقاومة تفكير المضطرب اللاعقلاني.

4- اطلاع المضطرب على الآثار السلبية لهذه المعتقدات.

5- توضيح للمضطرب أن هذه الافكار سوف تعاد بعقلانية أكثر إذ استطاع أن يجربها على اساس ثابت.

6- استخدام التحليل المنطقي لتفنيد الافكار اللاعقلانية لدى المضطرب.

7- تطوير النهج العلمي بالتفكير.

8- استخدام الاساليب الانفعالية والسلوكية المعرفية لمساعدة المضطرب على التقليل من مشاعر القلق التي لديه.

وعندما تكون العلاقة بين المعالج والمضطرب أقل متانة يقوم المعالج بتعليم المضطرب الافتراضات المعرفية للاضطرابات، ويبين له كيفية الربط بين المعتقدات اللاعقلانية وما تقود له من نتائج سلبية، فعندما يفهم ويدرك المضطرب معتقداته اللاعقلانيةيستطيع

السيطرة على الخلل الوظيفي في مشاعره وسلوكه. فالمعالج يواجه المضطرب ويختبر درجة مقدرته في السيطرة على افكاره بدلاً من الاستجابة لها.

ويعتبر العلاج العقلي- العاطفي علاج فعال ومباشر في فترات قصيرة ويحدث تغييرات بصورة مبكرة وهو علاج يدعم الراحة بعيدة المدى وطريقة العلاج العقلي- العاطفي عملية مبنية على الصدق التجريبي والتحليل المنطقي. (Ellis, 1976 ; Warge, 1988)

النظرية السيكودينامية وتطبيقاتها العلاجية

مقدّمة:

ترجع بدايات النظرية السيكودينامية في التاريخ إلى عهد فلسفة الاغريق والرومان. ويمكن القول بأن التطبيقات الصفية الحديثة تدين في معظمها لهذه النظرية. ورغم أن علم النفس التحليلي وعلم النفس الدينامي يُستخدمان بشكل مترادف في أدبيات علم النفس. إلا أن علم النفس الدينامي ليس فرويدياً، إنما هو نوع من دمج أو إتحاد التطبيقات النفسية التي يمكن أن تستخدم في التربية والتعليم. وعندما يحدث هذا فإننا نقول في العادة بأننا استخدمنا تدخلات علم النفس التربوي، وهذه التدخلات تنطلق من اتحاد حقول مختلفة جداً، حيث أن النظرية الدينامية تتضمن العديد من النظريات الفردية، ومع أن هذه النظريات تختلف اختلافاً كبيراً، إلا أنها تشترك فيما بينها بالعديد من الاعتبارات والتقنيات، مما يجعل من الممكن تصنيفها ضمن مجموعة واحدة، (Swanson & Reinert, 1979) لأن لديها جميعاً جذوراً فرويديه، وتعتبر نظرية فرويد النظرية الأكثر اقناعاً عند دراسة علم النفس العلاجي للطفل، حيث ركز منذ بداية كتاباته على أهمية الطفولة وخبراتها وانفعالاتها في تكوين الشخصية الراشدة، وكأساس في عملية العلاج للاضطرابات النفسية (Schwarts & Johnson, 1981).

افتراضات الإتجاه الدينامي:

إن أصحاب هذا الاتجاه يفترضون بأن الأطفال المضطربين يختلفون من حيث الدرجة وليس من حيث النوع عن الأطفال غير المضطربين. فالإضطراب ينظر إليه على أنه صفة عادية مبالغ فيها. الاضطرابات البسيطة ضمن النمو الطبيعي تسمى بالعصاب ومن الأمثلة العامة على العصاب القلق، والخوف المرضى، والهستيريا، والوساوس المرضية، والأفعال القهرية، والاكتئاب. أما الاضطرابات الأشد فتتضمن انفصال الفرد عن عالم الواقع والعيش في عالم منفصل وتدعى بالذهان. ويُنظر إلى السلوك المنحرف (المضطرب) على أنه اعراض لاضطراب داخلي يمثل دليلاً على الفشل في حل صراع مهم كما يؤكد أريكسون، أو أنه تثبيت على واحدة من المراحل النمائية كما يقرر ذلك فرويد، (يحيى، 2000) وينشأ السلوك المضطرب من عدم التوازن بين نزعات واندفاعات الطفل من جهة

وبين نظام الضبط لديه من جهة أخرى. وعندما يكون الضبط غير مناسب، فإن سلوك الطفل يصبح عدوانياً، مشتتاً وغير متنبأ به. أما عندما يكون الضبط صارماً جداً فإن الطفل يحاول كف سلوكه باستمرار ويكون غير قادر على التعبير عن نفسه. لذلك، فإن أساليب التدخل تساعد الطفل على تطوير ضبطاً مناسباً لنزعاته، وأن يستطيع التعبير عن نزعاته الإيجابية (القريوتي وآخرون، 1995). ويمكن تلخيص المبادىء العلاجية المشتركة، للنظريات الدينامية بما يلي :

1 - أهمية مرحلة الطفولة وخبراتها كأساس لعملية العلاج Individual child as the basis of pathology

2 - أهمية المحادثة كجزء رئيسي من عملية العلاج Verbalization as part remedioation

3 - أهمية الوعي الذاتي (Self a warness) لأسباب المشكلة وتطورها مما يقود إلى التدخل العلاجي المناسب.

4 - تفترض أن طبيعة الأطفال خيره.

5 - تهدف الحياة والعملية التعليمية إلى تحقيق السعادة.

6 - يهتم التعليم بتنمية الجانبين : المعرفي والانفعالي.

7 - يشترط أن يتناسب مستوى التعليم مع حاجات وقدرات الطفل.

8 - يؤدي التأديب والعقاب إلى الخوف ويؤدي الخوف إلى العدوان.

9 - لا تعني الحرية أن أعمل ما أريد بغض النظر عن الاعتبارات الأخرى.

10 - يشترط أن يكون المعلم صادقاً مع التلاميذ ويحس بمشاعرهم.

أسس التشخيص السيكوديناميي :

يسعى التشخيص النفسي الدينامي عادةً إلى تحديد نمطاً من السلوك لا يتسق مع النمو المناسب، ويؤدي إلى القيام بوسائل الدفاع الأولية، ضبط غير مناسب للاندفاعات وضعف في السلوك الاجتماعي. كما أن غياب السلوك المنحرف لا يعني بالضرورة من أن الطفل معافى انفعالياً. إن ديناميات الطالب الداخلية يجب أن تكون معافاة مثل تقدير الذات، الدافعية للتعلم، الاستقلالية ... الخ. وغالباً ما يلعب المعلم دوراً هاماً في عملية التشخيص عن طريق جمع المعلومات الأساسية المتعلقة بسلوك الطفل بالجوانب الأكاديمية وبالعلاقات الاجتماعية باستخدام الملاحظة والسجلات التراكمية وقوائم التقدير. ويقوم بالتشخيص عادة المهنيين المدربين مثل أخصائي علم النفس المدرسي. إن آخر خطوة في

عملية التشخيص هو تحديد أهداف التدخل، فبعد جمع المعلومات اللازمة لعملية التشخيص وتحديد السبب والعمليات الديناميـة للسلوك المضطرب، فإنه من الضروري تحديد ما هو الجانب الأكثر أهمية والذي يجب تغييره (القريوتي وآخرون، 1995).

اهداف التدخل الديناميكي :

وتوصف أهداف التدخل الدينامي بأنها داخلية أي أنها تعمل عن طريق تغيير مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين، وسلوكيه لأنها تتبنى طرق تغيير سلوك الطفل (الصمادي وآخرون، 1995). وبيئيه لأنها تغير في المواقف أو الأشخاص الذين يتفاعلون مع الطفل.

فمن الأهداف الداخلية الدينامية :

- تحسين فكرة الفرد عن ذاته.
- مساعدة الطفل أن يكون مستقلاً وموجهاً من قبل ذاته.
- مساعدة الطفل أن يتفهم نفسه وأن يفهم الآخرين.

أما الأّهداف السلوكية الدينامية فهي :

- مساعدة الطفل أن يعبر عن اندفاعاته بطرق مقبولة اجتماعياً.
- مساعدة الطفل في ضبط اندفاعاته السلبية.
- تشجيع الطفل على أن يعبر عن نزعاته الإيجابية وأن يكون سلوكاً اجتماعياً مقبولاً (القريوتي وآخرون، 1995).

والأهداف البيئية الدينامية هي :

- تزويد الطفل بمصادر انفعالية ضرورية لنموه.
- تزويد الطفل ببيئة مناسبة للتعلم لحل مشكلاته ولتطوير سلوكات إيجابية واعتماداً على وجهة النظر الدينامية، وهذه الأهداف الداخلية والسلوكية والبيئية هي أهداف متداخلة (McDowell, Adamson, & Wood, 1982) .

الإعتبارات الأساسية للمنهاج العلاجي الدينامي :

يوجد الكثير من الاعتبارات والخطوط العامة التي يراعيها المنحى السيكودينامي عند استخدام المنهاج كأداة في علاج الأطفال ذوي الاضطراب الانفعالي. وقد لخص (Rhodes) هذه الاعتبارا بما يلي :

1 - يجب أن يحصل الطفل على خبرات جديدة لها علاقة بمشاكله القديمة.

2 - يجب أن يحاط الطفل بفرص جديدة تعزز دافعيته للاكتشاف والبحث والمغامرة والإنجاز.
3 - يجب أن يحصل الطفل على تعليم فعال يستخدم كافة قنوات الحس الممكنة.
4 - يجب أن تركز نشاطات التعليم على الأهداف المهمة بالنسبة للطفل.
5 - يجب أن يُشجع الطفل على استرجاع خبراته القديمة وتقييم المعاني التي تتضمنها هذه الخبرات بالنسبة له.

وبالإضافة إلى هذه الاعتبارات فهناك اقتراحات أخرى للمنهاج الدينامي تركز على تقوية القدرات التصحيحية الذاتية (Self-Corrective Capaciting) لدى الطفل المضطرب بهدف تعزيز النمو الانفعالي والصحة العقلية. إن تبصر الذات وفهم المشاكل الانفعالية والحاجات الفردية النفسية لا يتم دائماً من خلال الأساليب الارشادية والعلاجية الفردية. بل يمكن أن يتم أيضاً من خلال محتوى المنهاج. وتتنوع الأساليب في التعامل مع الصحة العقلية ضمن هذا الإطار من التركيز على المهارات التعليمية الأساسية إلى التركيز على وعي الطفل لمشاعره وحاجاته.

وتستخدم في هذه المناهج دروس متتابعة لتطوير المهارات الأساسية للتعلم والاتصال والحاجات النفسية والاجتماعية. حيث ركزت هذه الدروس على مواضيع مثل الاستماع، والازعاج، والبقاء في نفس الموضوع، والمشاركة في الاتصال، ورواية القصة البسيطة، وبناء القصة، وبناء الأسئلة ذات العلاقة بموضوع ما، وتصنيف وإدراك المعلومات، ولعب الدور، وتعكس هذه المناهج الأفكار الأساسية التالية :
1 - يعتبر فصل التورطات الانفعالية للطفل عن جو الصف من الأمور غير المنطقية وغير المرغوب بها.
2 - تزيد فعالية العلم كلما زادت صلته أو علاقته بخبرات واهتمامات الطفل (Rhodes & Tracy, 1980).

وتصنف العديد من النظريات على أنها دينامية. إن الهدف من هذا التصنيف هو الكشف عن العلاقات المتشابهة بينها والوصول إلى فهم أعمق لها (يحيى، 2000)، وفيما يلي أهم النظريات التي يتضمنها الاتجاه الديناميكي :
- نظرية التحليل النفسي (فرويد).
- نظرية مراحل الحياة النفس اجتماعية (اريسكون).

- نظرية العلاقات - الموضوع (موهلر).
- نظرية التحليل التبادلي (بيرن).
- نظرية الميل الاجتماعي والنشاط (إدلر).
- نظرية العلاج السلوكي العاطفي - العقلاني (إليس).
- نظرية العلاج المتمركز حول العميل (روجرز) (Swanson & Reinert, 1979)

تطبيقات النظرية الدينامية في المدرسة :

- **مفهوم التدخل السيكودينامي في المدرسة :**

طُورت تقنيات النظريات الدينامية في البداية بهدف استخدامها في برامج مراكز الإقامة الدائمة والصحة العقلية. وواجه استخدامها في المدارس بعض الصعوبات، بسبب تركيز النظام التربوي على المهمات التعليمية الأساسية، وتطلب استخدامها اجراء تعديلات كثيرة على مختلف جوانب النظام المدرسي والتربوي. وقد لخص (Maclennan, 1966) الافتراضات الأساسية التي يقوم عليها الاتجاه السيكودينامي في التعليم بما يلي :

1 - أن لا يدرك الفرد لإمكاناته.
2 - وجود خطأ ما في الفرد.
3 - أن يكون لدى الفرد كفاءة لمكافحة المشكلة.
4 - حاجة الفرد للمساعدة من أجل تغيير السلوك.
5 - أن يطبق المُعلم المبادىء العلاجية الأساسية.
6 - يحدث التغيير من خلال التغيير داخل الفرد.

ويحتاج الفرد للحصول على الدعم من أجل تنفيذ البرنامج المدرسي الذي يقوم على افتراضات الاتجاه السيكودينامي ويتنوع هذا الدعم باختلاف المدارس والاحتياجات. ويتم توجيه هذه الاحتياجات من خلال العناصر التالية :

1 - عمر الطفل المخدوم.
2 - شدة المشاكل لدى الطفل.
3 - نوع المشاكل الانفعالية/السلوكية لكل طفل.
4 - الأهداف التعليمية.
5 - التسهيلات المدرسية والبيئية.
6 - توفر التمويل.

7 - جنس الطفل.

8 - الخدمات الداعمة المتوفرة حالياً.

ويتم تقاسم المسؤولية اتجاه الطفل في المدرسة بين المعلمين والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي، وطبيب الأطفال، ومعلم التربية الخاصة، وتختلف القيادة في كل موقف حسب حاجة الطفل. فخلال مراحل التخطيط يكون لكل اختصاص دور لتطوير التداخل المطلوب وإذا تم دمج الطفل في الصف العادي لمعظم اليوم مع مدة قصيرة في غرفة المصادر فهناك مسؤولية موزعة. فتقع على معلم التربية الخاصة مسؤولية تنفيذ برنامج تدخل التربية الخاصة بينما تكون مسؤولية معلم الصف العادي في التنسيق الكلي لبرنامج الطفل داخل صفه العادي، وتكون مسؤولية كل اخصائي ضمن حقل تخصصه. أما إذا وضع الطفل في برنامج عناية كلي فتتغير العلاقات المهنية مرة أخرى. والمسؤولية تقع على الخبراء ذوي العلاقة بحاجة الطفل ويقوم كلٌ بدوره المحدد حسب تخصصه مع الطفل.

ومن المعروف أن تطبيقات الاتجاه السيكودينامي طُورت في الغالب بمراكز الصحة العقلية ومراكز العناية الكاملة، إلا أن العديد من التقنيات التي أثبتت نجاحها في هذه المراكز أصبحت تستخدم في البرامج التعليمية العلاجية داخل المدرسة. ويجب تعريف الاعتبارات الخاصة عند استخدام تقنيات هذا الإتجاه وتطوير استراتيجية علاجية ملائمة لتطبيقها خلال فترة من الزمن مع مراعاة استخدام التقييم المناسب. كما أن على المعلم أن يتذكر بأن هذه التقنيات ليست دواءً سحرياً إنما هي استراتيجيات تساعد الطفل على فهم أكبر لقدراته وذاته. وتبرز في هذا المجال استراتيجيات أساسية ينبغي على المعلم أن ينفذها وهي (Swanson & Reinert, 1979) :

1 - إيجاد جو صفي مناسب للعلاج :

يتطور التفاعل من خلال تفهم المستوى الوظيفي الحالي لكل طفل في الصف، والمشكلة للمعلم هو أن يكون قادر على فعل ذلك بفاعلية، والجزء الأسهل في المهمة هو التعرف على كل طالب ولعمل ذلك يمكن تطوير صيغة لجمع البيانات عن كل طالب وتؤخذ المعلومات من ملف الطالب والمعلم السابق له. مع الأخذ بعين الاعتبار بأن كل المعلومات هامة. ولا تهدف المعلومات إلى تحليل أو تحديد سبب سلوك الطفل. بل تجمع لتطوير التعاطف (التفاعل)

كما أن توفر صورة حديثة للطفل يساعد المعلم على مطابقة المعلومات مع الوجه لكل طفل، وبعد جمع المعلومات وتسجيلها يمكن للمعلم البدء في تطوير نظام الدعم الصفي.

2 - تطوير نظام الدعم الصفي :

1 - وفيما يلي بعض الشروط المقترحة لتقديم نظام يسمح للمعلم بالتفاعل ضمن خطة إيجابية مع الطلبة :

- تقدم نظاماً لكلا الطالب والمعلم.
- تأخذ بعين الاعتبار اهتمامات الفرد والمجموعة.
- تشعر كل طفل بالأمن من خلال معرفة المتوقع خلال أي يوم معطى.
- تحدث التغييرات في النظام لأسباب وجيهة يتم شرحها للطفل لكي يستطيع فهم وتقبل ما يحدث.

2 - أن توضع قائمة بأنواع السلوك المتوقع المرغوبة وغير المرغوبة منذ بداية العام الدراسي، وعندما يتساءل الطلبة عن سبب وضع القوانين فعلى المعلم أن يقدر على إعطاء إجابة منطقية.

3 - يجب أن لا يعطي المعلم أية إشارة مبكرة حول علمه بالمشاكل المتوقعة للأطفال المضطربين عندما يلتقي بهم لأول مرة، وعندما تظهر المشاكل فعلياً فعلى الطالب أن يعرف أن كل جديد هو بداية جديدة له (Swanson & Reinert, 1979).

4 - يجب أن يكون لدى كل طالب تطلعات نحو اليوم التالي. ويمكن للمعلم أن يقدم موجزاً عن نشاطات الغد المحببة للطلبة قبل نهاية الدوام، بهدف تحقيق ذلك. وأن تبنى النشاطات بأنماط جديدة وممتعة.

5 - عندما يكون التوبيخ ضروري فيجب أن يكون اتصالاً لفظياً محدوداً حسب الدرجة المطلوبة لتصحيح السلوك وإذا استخدم المعلم العزل أو التحويل للمكتب. فالألفاظ يجب أن تكون أقل ما يمكن. والكلام الكثير في هذه الأوقات قد يقود إلى مواجهة كلامية لها قيمة علاجية قليلة.

6 - يجب أن يطبق النظام في الصف والمدرسة، وبالنسبة، للطلبة غير القادرين على اتباع التعليمات يجب أن يقدم المعلم نظام للتدخل والمساعدة حسب الضرورة لتجنب المشاكل.

بعض تقنيات التعامل السيكوديناميكي في الصف :

• أعرف الطلبة بمستوى أعمق (Gettang to know you)

وصف هذاالنشاط من قبل (Simon and Orourkg 1977) في كتابهم حول تطوير الاتجاهات نحو الطلبة الاستثنائيين ويشير هذان الكاتبان إلى أن الأطفال لديهم رغبة قوية في أن يعرفوا معلميهم من ناحية إنسانية (يقدم هذا النشاط أفكاراً ممتازة للمعلم لكي يصبح حياً بالنسبة للطلبة)، حيث يريد الطلبة من المعلم أن يتكلم بصدق عن الأشياء التي يفكرون بها ويتمتعون بها، وهناك طريقة لعمل ذلك بوضع قائمة حول 15 نشاط يفضلون القيام بها. ويستطيع المعلم من خلال التعرف على الأشياء التي تهم الطلبة اختيار 3 اهتمامات من الأكثر أهمية والتحدث للطلاب عنها ثم يسمح للطلبة بالتساؤل أو التعليق. وهذا يزود الطلبة بفرصة للانتقال إلى مستوى أعمق إذ رغبوا. ويمكن أن يستخدم المعلم نشاط آخر لكي يتعرف المعلم على طلابه بمستوى أعمق وذلك بأن يطلب من التلاميذ أن يكتبوا عدداً من الفقرات بهدف إكمال الجمل المثيرة التالية :

تعلمت ....

أنا أرغب ....

إنا مما يجعلني سعيداً هو أن ....

أنا اتساءل ....

إن مما أدهشني هو ....

ويمكن للطلاب الذين لا يستطيعون الكتابة بشكل جيد أن يملوا إجاباتهم. وبعد ملىء هذه الفقرات. يطلب منهم أن يتطوعوا بجملة أو أثنتين من جملهم لقولها أمام الصف ويجب أن لا يجبر الطلبة على ذلك.

• تطوير روح تعاون واتصال للمجموعة :

يحتاج المعلم لأن يصبح واعياً للكلمات والجمل التي ترطب الاتصال بينه وبين الطلبة واقترح (Wells & Canfield) مئة طريقة لتعزيز مفهوم الذات في الصف عن طريق الاتصال الجيد. إن مفهوم لقاءات المجموعة تم التركيز عليه من مختلف النظريات كوسيلة علاج مناسبة. ويجب ترتيب الجلسات بحيث يراعى أن تكون ذات جو مريح ويسهل عملية الاتصال. ويثير الانتباه مثل ترتيب الكراسي على شكل دائرة، ويجب رفع الأيدي للسماح للطفل بالتحدث. (في المجموعات الكبيرة (فوق سن 10) فهذا إجراء ضروري في العادة).

ويكون قادة المجموعات أو المعلمين مسؤولين عن مواضيع المجموعات بالرغم من أنه يمكن اقتراح مواضيع مكن قبل أعضاء المجموعة ويتم التصويت عليها. ومن أجل تفعيل الاتصال أثناء العملية العلاجية اقتراح جوردن (Gordon, 1970) أربعة تقنيات يمكن استخدامها وهي :

- الاستماع والانصات.
- اشارات جسمية تشعر بالاستماع.
- الكلمات والجمل التي تشجع على الاستمرار.
- علاج السلوك الصفي غير المناسب.

• **توضيح أسباب تغيير البرنامج اليومي :**

إن الطالب الذي يعاني من صراع لا يستطيع تحمل أي تغيير في الروتين أو تغير النظام الصفي بشكل جزئي أو بسيط قد يسبب ردة فعل عنيفة.

مثال : إذا كان معلم الموسيقى مريض ولن يعطي حصة الموسيقى في ذلك اليوم. فيجب أن يقوم معلم الصف بتحضير الطلبة لهذه الخيبة، وأحد الطرق لعمل ذلك هو الإعلان من بداية اليوم للطلبة بأن هناك مشكلة في حصة الموسيقى لهذا اليوم.

وهذا يعطي الأطفال وقتاً للتعامل مع الأمر بطريقة مقبولة. واعتبر (Redl, 1974) إن هذه التقنية كمساعدة أولية مقاسة يمكن أن تساعد في منع المشاكل تحتاج إلى حلول أكثر تعقيداً (Swanson & Reinert, 1979).

• **مساعدة الطفل اثناء الأزمة (Helping the Child to llowing acrisis)**

إن أصعب ما يواجهه المعلم هو أن يكون داعماً للطفل المضطرب أثناء الأزمة حيث أن المعلم غالباً ما يكون متورطاً جسمياً وانفعالياً في الاضطراب (الصراع) والأطفال كالكبار يحتاجون الدعم والحب، ويقترح (Redi) بأن هذه الاوقات يمكن تكون فرصة لإعادة بناء العلاقة وتقويتها. كل ما تحتاجه فقط تقديم الدعم للطفل وعدم عقد اتفاقية معه حول سلوكه غير المقبول. فقط الدعم لمشاعره حول الذنب والغضب والاحباط التي غالباً ما تحدث بعد موقف الأزمة. بحيث يكون هذا الدعم لمدة قصيرة وليس تفاعلاً عميقاً.

• **الإحتفاظ بعلاقة إيجابية أثناء الأزمة**

(Maintaining arela Tionship during severe stress)

يعمل كل المعلمون مع الطلبة الذين يبذلون جهودهم الواعية التي تهدف إلى تدمير

العلاقات مع الآخرين، حيث يقومون عادة مقاومة هذه الجهود، وأحياناً لا يعرفون كيف يحتفظون بهذه العلاقات بدون أن يدمروا إمكانات النمو المستقبلية .

والطريقة المحددة التي يستخدمها المعلمون للحفاظ على هذه العلاقات تعتمد على المواقف المحددة ويمكن في هذا المجال اتباع الارشادات التالية :

1 - عدم تهديد الطفل : إذا كان الطفل يحاول الخروج من الصف فإن المعلم بطبيعته يحاول أن يجبر التلميذ على البقاء وأن يحذره من العواقب المستقبلية إذا لم يطع، وقد يؤدي هذا الطفل ذو الصراع الشديد لشد الخيط بينه وبين المعلم، وقد يسبب قيام الطفل بالتهرب من الموقف.

إن وجود مكان لإبقاء الطفل فيه وحيداً قد يكون مفيداً مثل مكتب هادىء، منطقة هادئة من الصف، وإذا كان المعلم غير معد لمثل هذه الأزمات أو إذا صمم الطفل على عدم استخدام مثل هذه البدائل، فيجب تقديم طريقة للطفل ليتصرف بدون أن يكسر العلاقة، وهنا يمكن أن يقول المعلم للطفل، تعال وتكلم معي عندما تنظم أءفكارك، أو سأكون هنا عندما تشعر بأنك ترغب بزيارتي، وهذا يخبر الطفل بأن المعلم مستعد لأن يكمل العلاقة.

2 - يجب عدم وضع الطفل في الزاوية وبدون معالجة، في مواقف الصراع من السهل للمعلم الخبير أن يضع الطفل في علبة بحيث يجد نفسه محاضر ولا مناص من الفرار من الموقف، وفي الحقيقة لا يتم ربح إلا القليل من هذا الصراع ويجب تجنبه ويجب دائماً أن يسمح للطفل بحفظ ماء الوجه والخروج من المأزق.

3 - يجب أن يتجنب المعلم التركيز أمام الأطفال على أنه المدير للصف فذلك لا يكسبه احترامهم ولا يبني علاقة تؤكد على الثقة معهم وتتصف بالاستقرار. إنها فقط تجعل الطفل يحس بأن المعلم يهدف لأن يكون قائداً مهما كانت التكلفة. إن عدم تورط المعلم بإغراءات السيطرة يفقد الطفل معظم أسلحته ويبقي قنوات الاتصال مفتوحة لنمو أكبر.

- البنية الصفية Classroom structure

تحتاج كثير من أنظمة السلوك والترتيبات الصفية إلى تعديلات كثيرة للمتغيرات للتقليل من الصراعات مما يساعد على تشغيل الصف بهدوء ويجب على معلم الأطفال ذوي الصراع أن يحافظ على تيقظه أثناء تقييم البنية الصفية التي تم تطويرها، وعندما تصبح

أمور الطفل جيدة يحتاج المعلم لأن يكون ملاحظاً جيداً ليستطيع تحديد النشاطات التعليمية والبنى الصفية الداعمة لهذا التوافق، وعندما تسوء الأمور فيجب بذل الانتباه للأشياء التي سببت أو ساهمت بذلك.

- **وعي الأزمة Awareness of Crisis**

يتصرف العديد من الأطفال بدون أفكار واضحة حول عواقب سلوكهم الاجتماعية. وعندما تظهر الأزمة، تبدأ آليات الدفاع بالعمل للدرجة التي تمنع من الوصول إلى المشاكل الحقيقية، وللتغلب على ذلك يقترح Redl جعل الطفل يراجع مع الأخصائي ما حدث. وعندما يوضح الطفل ما حدث من مخالفات يجب أن يشير المعلم للحقائق غير الانفعالية، ويجب أن لا يبذل المعلم جهداً لربح أية اتفاقية مع الطالب المتورط. وإذا لم يستطع الطفل وصف ما حدث فعلى المعلم أن يعيد الأحداث على مسمع الطفل وأن يبذل مجهوداً لتفادي الضغط على الطفل لقبول الحقيقة والفكرة هنا جعل الطفل يسمع الحدث من طرف ثالث.

- **لعب الدور Rolplaying**

يقدم لعب الدور للطالب تحت رعاية المعلم أو المعالج فائدة كبيرة ومن الأفضل أن يلعب الأطفال أدواراً غير أدوارهم الاعتيادية في الصف فعلى سبيل المثال يمكن للطفل ذو النشاط أن يلعب دور المعلم أو الطفل الذي يتحكم بمشاعره وعندما يصبح نشاط الطفل اكثر ارتياحاً مع مشاعره يكون من الأفضل لعب دور أكثر دقة يعكس سلوك الطفل وعلى المعلم أن يزود كل فرد ببدائل السلوك. ويجب أن لا يجبر على استخدام هذه البدائل، وبعد انتهاء لعب الدور يجب أن يتم مناقشة ما حدث، وأن يتم اقتراح أنواع السلوك البديل من قبل أعضاء المجموعة أو المعلم بحيث يصبح الطفل واعياً لها. ويساعد لعب الدور على إزالة الحساسة لدى الطفل اتجاه مواقف الأزمات ويزوده بالبدائل المنطقية لأنماط السلوك المقبل.

- **الحرمان/الطرد Exclusion**

ويتبع هذا الأسلوب فقط عندما يحدث سلوك فوضوي مزمن شديد، وبعد أخذ موافقة الأباء بناء على اتفاقية مسبقه، وعند الضرورة وفي حالات حماية أعضاء الصف يكون من الضروري التصرف بدون دعم الأباء أو قبولهم، ويجب أن يتضمن هذا الإجراء معنى العقاب للطالب لكي يكون فعالاً .

• الكشف عن المشاعر (Making feeling Known)

يستطيع الطلبة الناضجين غالباً أن يخبرو الكبار حول يومهم السيء، وعندما لا تحدث الأمور كما يجب بالنسبة للطفل المضطرب فإن هذا الأمر لا يمر بسهولة ولكنهم في الغالب ينتظرون حتى حدوث الأزمة ليخبروا المعلم والآخرين، لذا يجب على المعلم أن يتشارك معهم بالمشاعر ولعل أفضل وقت للتشارك بالمشاعر هو الصباح الباكر.

وهناك طريقة ليقوم المعلم بذلك من خلال استخدام باروميتر المشاعر حيث يقوم الطفل ببساطة بوضع مؤشر الباروميتر في المكان المناسب ليظهر شعوره في تلك اللحظة (ممتاز، جيد، مقبول، شيء، عادي)، كما أن عقد لقاء صفي صباحي يومياً قبل بدء الحصص الرسمية هو طريقة أخرى لتزويد الطلبة بفرصة لإظهار مشاعرهم (Swanson & Reinert, 1979).

• وسائل التعبير عن المشاعر Materials to relive tention

ويجب أن تصمم أو تكيف المواد لمساعدة الأفراد للتعبير عن مشاعرهم من قبل المعلم وفيما يلي بعض الأمثلة :

كيس الملاكمة Punching bag

وهي أي كيس ملاكمة أو دمية يمكن أن يستخدم بحيث يسمح للأطفال باظهار احباطاتهم، ويجب أن يوضع الكيس في منطقة هادئة من الصف وبعيداً عن المناطق الأخرى لئلا يشوش على المهمات الأكاديمية، ويجب أن يبقى ثابتاً بحيث لا يتسبب بإعادة الضربات التي يعطيه إياها التلميذ، ويمكن للطفل أن يضع صورة للشخص الذي أغضبه على الكيس بحيث يستطيع التنفيس عن إحباطه من الشخص على الكيس.

المضارب الناعمة Soft bats

تتوفر أشكال عديدة ومتنوعة من المضارب الناعمة لاستخدامها من قبل الأطفال. وعندما يغضب الطلبة من بعضهم البعض فإن هذه المضارب تنفس عن الإحباط بدون وقوع اصابات، ويمكن استخدامها أثناء اللعب عندما لا يكون هناك غضب مرئي.

المفكرة Diary

للطلبة الأكبر سناً والذين يستطيعون التعبير عن مشاعرهم بالكتابة فإن المفكرة وسيلة فعّالة حيث يشجع الطفل على كتابه ما يجب فيها وعلى المعلم أن يساعده على حفظ المواد بشكل سري، وقد زفاد المعلمون الذين قاموا باستخدام هذه الطريقة بأنها تقلل من كتابه الطلبة على جدران المدرسة ومرافقها بهدف تنفيس احباطهم.

لوح النبال Davt board

يعتبر لوح النبال أداة فعاله لتنفيس العدوان لكن يجب أن يتم التعامل معها بحرص وحكمة.

مسجل الأشرطة Tape Recorder

يمكن للطفل الذي يعاني من الغضب والإحباط أن يستخدم المسجل بشكل فعّال بهدف مشاركة المشاعر مع الآخرين، وهذه الأداة مفيدة بشكل فعال، كما أن الطفل يستطيع الإستماع لإحباطاته كما ظهرت وسجلت.

- **مناطق الدراسة الهادئة Quiet Stady areas**

مناطق الدراسة الهادئة يحتاج الأطفال المضطربين في العادة إلى البقاء لوحدهم لفتره وتوفر غرفة منفصلة أو منطقة خاصة من الصف لاستخدامها لهذا الغرض، بحيث يستطيع الطفل الذهاب إليها خلال أي أزمة يتعرض لها. مع التأكيد على أنها ليست كنوع من العقاب.

التجاهل المخطط له :

يعتبر التجاهل من أكثر الأساليب المستخدمة بشكل خاطىء، فهناك العديد من اصناف السلوك الصفي التي تعتمد على الانتباه سواء من قبل المعلم أو الطلبة لتستمر، ومن الأمثلة عليها التحدث بدون إذن أو ترك المقعد أو المشاغبة ورفض أداء العمل، ويمكن للمعلم أن يستخدم أسلوب التجاهل المخطط الذي يتطلب جهد واعياً لتجنب السلوك عن طريق تجنب الدعم للسلوك غير المرغوب، وعلى المعلم لكي ينجح في هذا الأسلوب أن يقوم بما يلي :

1 - أن يخطط كيف سيتصرف عند حدوث السلوك.

2 - أن يراقب سلوكه التجاهلي بتلقي التغذية الراجعة سواء من أشخاص آخرين أو من خلال التسجيل لما يحدث بكمرة الفيديو.

تنظيم الحركة الفيزيائية

إن الحركة الفيزيائية بكمية منطقية - ضرورية للأطفال لذا يجب أن يخطط المعلم للنشاط الحركي للأطفال داخل الصف، وإذا لم يفعل المعلم ذلك فإن الأطفال سيقومون بذلك على طريقتهم. وهنا يمكن للمعلم مثلاً أن يسمح للطلبة بالمجيء إلى مكتبه لمناقشة الواجب أو إكمال التعيين مما يعطي فرصة للحركة. كما يجب أن يسمح للطلبة بالحصول على المواد والوسائل وإرجاعها إلى مكانها كجزء من الخبرة التعليمية.

تمارين الاسترخاء :

يمكن تعليم الطلبة القيام بتمارين الاسترخاء الذاتي، وهذا يمكن أن يتم من خلال المعلم أو الاخصائي النفسي، وقد أفاد المعلمون بأن نشاطات تمارين الاسترخاء تساعد كثيراً إذا ما أجريت قبل المهمات الأكاديمية.

تكييف التعيينات :

إن المتطلبات الدراسية الكثيرة غالباً ما تزيد من احباط الطلبة المضطربين انفعالياً، ويمكن أن يساعد المعلم في التغلب على هذه المشكلة من خلال التقليل من الواجبات المدرسية لهم. وتحديد الحاجات لكل طفل وتحديد الأساليب والمواد التعليمية المناسبة له وتحضيرها أو إعدادها.

بعض البرامج السيكودينامية - التعليمية الجاهزة (Swanson & Reiner, 1979) وفيما يلي أمثلة على هذه البرامج :

برنامج Duso

Developing Understanding of Self and others D2

وهو برنامج يمكن استخدامه بفعالية من قبل المعلمين العاديين مع الأطفال من سن السابعة وحتى العاشرة أي حتى الصف الرابع الأساسي. وقد طور البرنامج ليتضمن 8 عناصر منبثقة عن مهمات النمو النفسي، وهي :

1 - تطوير الوعي الذاتي ومفهوم الذات الإيجابي.

2 - تفهم الزملاء.

3 - تفهم النمو من التمركز حول الذات إلى الاهتمامات الاجتماعية.

4 - تفهم المسؤولية الشخصية.

5 - تفهم الدافعية الشخصية.

6 - تفهم الانجاز.

7 - تفهم الضغوط.

8 - تفهم القيم.

ويتضمن البرنامج دليلاً للتعليمات العامة لإرشاد قائد المجموعة في تقديم النشاطات المتنوعة. وأشرطة تسجيل وبرسترات، وبطاقات لنشاطات لعب الدور، وبطاقات نشاط لعبة التماثيل، والتماثيل، وصور للنقاش، وبطاقات نشاط التوعية المهنية، وبطاقات ارشاد لصنع

القرار، وبطاقات نشاط تطوير الذات والتفاعل الاجتماعي، حيث تم تطوير هذه المواد صناعياً وبمستوى عال من الدقة والجودة. ومراعاة شروط السلامة والمتانة.

ويقدم البرنامج تعليماً فعالاً يركز على تنمية الشخصية ونقلها من الاعتمادية إلى الاستقلالية المسؤولة من خلال المنحى السيكودينامي، ويمكن تلخيص فلسفة هذا البرنامج في الأهداف الخمسة التالية :

1 - دعم التفاعل الناضج والاحترام المتبادل بين المعلم والطفل.

2 - دعم التعاون بين المعلم والطفل أثناء عملية التعلم والتعليم.

3 - تقوية مفهوم انتماء الطالب للمجموعة.

4 - تعزيز الأمن النفسي للأطفال مما يمكنهم من اكتشاف هواياتهم وحاجاتهم ومخاوفهم.

5 - تشجيع حرية التعبير عن الأفكار من خلال نظام للمراجعة والتقييم الذاتي بالإضافة إلى أخذ تقييم الآخرين بعين الاعتبار (Swanson and Reinert, 1979).

برنامج أنا وذاتي ونفسي Me, Myseh and I (1968)

وهو عبارة عن كورس بسيط يعتمد على المبادىء الرئيسية المعلم النفس، ويناسب الأطفال من أعمار الصف الثاني وحتى الخامس الأساسي وتعرض فيه المواد من خلال أشرطة وأفلام.

وتتضمن المواضيع طرح التساؤلات التالية :

- من أنا ؟ Who Am I
- لماذا تتغير مشاعري ?Why Do My feeling change
- ماذا يمكن أن أفعل حول ذلك ? What can I Do about it
- كيف يمكن أن أطور نفسي ? How Can I Improve My self
- ماذا حول الناس الآخرين ? What About other people
- ماذا يمكن أن نفعل الآن ? Where Do We Go from Here

العلاج الجمعي

المقدمة:

تختلف أساليب العلاج النفسي باختلاف مدارس علم النفس وتنوعها، ولكن العلاج النفسي الفردي والعلاج الجمعي يشكلان أسلوبين رئيسيين يوجد في كل مدرسة تطبيقاً لهما، ويعتبران من ابرز أساليب العلاج النفسي، وعلى الرغم من أن العلاج النفسي الفردي أسبق من العلاج الجمعي إلا أن فكرة استخدام الجماعات في علاج الأفراد المضطربين ليست جديدة تماما فقد ظل المعالجون النفسيون يستخدمون العلاج الجمعي منذ بدايات هذا القرن.

تعريف العلاج الجماعي Grouptherapy:

تجمع التعريفات المختلفة للعلاج النفسي الجمعي على انه ذلك العلاج الذي يتم في اطار المجموعة، لما يحققه التفاعل بين المجموعة من فوائد تساهم في العلاج وحل بعض المشكلات، ويمكن أن يكون العلاج الجمعي مكملا للعلاج الفردي ومدعما له، ونقدم في ما يلي بعض التعريفات للعلاج الجمعي.

يمكن أن نعرف العلاج الجمعي بأنه محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمرضى والتعديل من نظراتهم الخاطئة للحياة ولمشكلاتهم. من خلال وضعهم في جماعة.. بحيث يعمل التفاعل الذي يتم بينهم من جهة، وبينهم وبين المعالج من جهة أخرى إلى تحقيق الأهداف العلاجية (ابراهيم، 1988).

وعرف (عيسوي، 1994) العلاج الجمعي على انه شكل من أشكال العلاج النفسي يقوم على علاج المريض داخل جماعة يختلف عدد أفرادها باختلاف المدرسة التي يتبعها المعالج والهدف من العلاج، ولكنه في كل الأحوال يستحيل ان يقل عن اثنين من المرضى (عيسوي، 1994).

وعرف (سري، 1990) العلاج النفسي الجماعي بأنه هو علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعة علاجية صغيرة، ويستغل اثر الجماعة في سلوك الإفراد من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبين المعالج بما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب والعلاج النفسي الجماعي هو طريقة المستقبل (سري، 1990).

وعرف (الدماطي وآخرون، 1992) العلاج الجماعي بأنه علاج الناس في جماعات حيث تكون الجماعة عنصراً مهما في العملية العلاجية ويختلف العلاج الجماعي عن العلاج الفردي أساسياً في تنبيه الواقع الاجتماعي فالموقف الجماعي بعلاقاته المتعددة بين الأشخاص يكون اقرب الى الحياة الواقعية بالمقارنة الى العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الفردي (الدماطي، 1992).

ولقد كان من نتائج الحرب العالمية الثانية أن طلب من السيكولوجيين الإكلينيكيين في المؤسسات العسكرية، وبسبب العجز في أفراد الفئات الأخرى أن يقوموا بالعلاج النفسي الجمعي وقد تكونت مثل هذه الجماعات في السجون ومراكز النقاهة والمستشفيات، ومراكز التدريب، وكان يطلق على هذه الاجتماعات في معظم الأحيان "جلسات التذمر أو الشكوى" إذ كان الافتراض الأكثر شيوعاً هو انه إذا استطاع المرضى أن يتخلصوا من عدواتهم المكبوتة بالتعبير أو التحدث عنها، فانهم يصبحون اقل إدراكاً لها (هنا، 1984).

ويرى بعض العلماء أن رائد العلاج الجمعي هو يعقوب مورينو Moreno مؤسس اسلوب السيكو دراما، "بينما ينسبه البعض إلى جوزيف هيرسي برات Joseph Hersey Prattالطبيب الباطني بولاية بوسطن الأمريكية والذي بدا هذا الاتجاه في علاج مرض السل، وكان هدفه إيجاد خطة علاجية لذلك الهزال التدريجي الذي يسببه السل من خلال جلسات علاجية نفسية (عيسوي، 1994).

ويمكن عن طريق العلاج النفسي الجماعي معالجة الاضطرابات العقلية أو العاطفية لدى جماعة من الناس بالوسائل السيكولوجية.

وفي هذا النمط الجماعي من العلاج يتلقى مجموعة من المرضى المعالجة في جلسة واحدة على يد معالج واحد أو اكثر وهو بذلك اكثر اقتصادا في الوقت والجهد والتكلفة عن العلاج الفردي (عيسوي، 1994)

العلاج النفسي الجمعي التحليلي:

وتتمثل عناصره الرئيسية في المبادئ التالية:

1 - يتحول الاتصال إلى تداع جماعي وهذا يعني أن الحوار داخل المجموعة هو حوار حر.

2 - يتم تحليل المادة التي تنتجها المجموعة وافعال وتفاعلات أفرادها المتبادلة وتفسر تدرس من المجموعة. ويعني ذلك أن السياق الديناميكي للمجموعة وتحليل هذا السياق

يشكل جزءاً متكاملاً من العملية العلاجية، ويعالج موضوع الحوار ليس فقط عبر محتواه الظاهر بل أيضاً عبر محتواه اللاشعوري ودلالاته الكامنة.

بناء الموقع (الظرف) الجمعي:

أن الموقف الذي يهدف له يجب أن يسمح بما يلي:

أ - وقوع الترجمة Translation أي نقل المادة الخام التي يقدمها المريض بشكل المشاركة الحرة ومن أجل ذلك تلقي المادة عبر الرقابة للوصول تدريجياً إلى دلالاتها اللاشعورية والمكبوتة ولذلك يجب تأمين اتصال تحت رقابة محدودة.

ب- يجب أيضاً تخفيف الرقابة على مستوى اتصال المريض مع أفراد المجموعة الآخرين، ومع الطبيب وذلك لكشف العلاقات الاجتماعية الكامنة واللاشعورية (اللاشعورية الاجتماعي)

وللوصول إلى هذه النتائج نحتاج إلى أدوات رئيسية:

1- تشجيع إرخاء الرقابة وتخفيفها، وذلك نفهم أفراد المجموعة أننا نتوقع منهم التعبير عن كل ما يمر بأذهانهم بصورة عفوية ومهما كان محتواه، وسواء تعلق بهم أو بالمجموعة أو باحد أفرادها، وذلك باستخدام الحوار الحر.

وبالتالي فإن الاستجابة إلى أي اتصال تأخذ أحد ثلاثة أشكال:

أ- تداعي حر بشكل أفكار ترد لأذهان أفراد المجموعة سواء بدت دالة أم لا.

ب- تأويلات يقترحها الأفراد لتفسير الدلالة الحقيقية للمداخلات.

ج- ارتكاسات ضد المدخلات، أي استجابات دفاعية.

2 - يعمل الطبيب على الحصول على تعبير صريح عن المشاعر والتجربة الشخصية وعن المشاعر تجاه أفراد المجموعة الآخرين (الودرني، 1983).

العلاج السلوكي الجمعي:

أما المعالجة السلوكية فهي تتوجه نحو الأعراض الاجتماعية النفسية للاضطراب دون أن تهتم بجذورها بصورة مباشرة أو رئيسية، حيث تعتمد على الأساس القائل بأن استمرار ذات الاستجابات المرضية يعود إلى وجود تعزيز دائم لهذه الاستجابات يقف في وجه اكتساب استجابات جديدة ملائمة ولذلك تعمل هذه المعالجة تتداخل في المواقع مع وسائل

علاجية أخرى تدخلا عفوياً، وبصورة واعية أثناء المعالجة وتتمثل في العلاقة مع المعالج والدور المباشر لأسلوب التعبير (الودرني، 1983).

أساليب العلاج النفسي الجماعي:

اولاً: التمثيل النفسي المسرحي: السيكودراما Psychodrama:

السيكودراما هي شكل من أشكال العلاج الجمعي والتي تستخدم فيها أساليب محددة حيث يتم تمثيل مواقف الحياة اليومية في مكان محدد، باستخدام إعضاء المجموعة للتمثيل وهي عملية غنية بالمرح وتقديم الحلول للمشكلات باستخدام طرق عفوية وإبداعية من المجموعات (Wilkins, 2000).

ويمكن تعريفها أيضاً بأنها التمثيل النفسي المسرحي، أو التمثيلية النفسية، عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في كل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي، والاستبصار الذاتي، ورائد هذا الاسلوب هو يعقوب مورينو (Morino) الذي يرى أن اهم ما في التمثيل النفسي المسرحي هو حرية السلوك لدى الممثلين (المرضى) وتلقائيتهم حين يعبرون عن اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم وإحباطاتهم بما يؤدي في النهاية الى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعليم من الخبرة الجماعية.

ويدور موضوع التمثيلية النفسية حول موضوعات مثل خبرات المريض التي يخافها مثلا أو حول مواقف هدفها التنفيس الانفعالي أو حل الصراع أو تحقيق التوافق النفسي وفهم الذات، والاتجاهات السالبة والأفكار والمعتقدات الخرافية والأحلام.

أما عن التأليف والإخراج والأداء، فيقوم المرضى بتأليف التمثيلية النفسية بأنفسهم ويكون التأليف تلقائياً حسب المواقف. وقد يساعد المعالج في التأليف أما عن الحوار فيترك لتلقائية ابتكار المرضى أثناء التمثيلية.

وأما عن الأدوار التي يلعبها المرضى في متعددة مثل دور المريض في الحياة اليومية، أو دور المعالج أو شخص مهم كأحد الوالدين أو الأخوة أو المدرس أو الزوج أو الجار، ودور شخص معاكس مثل قيام المرؤوس بدور رئيسه والزوج بدور الزوجة. وتوزيع الأدوار على المشاركين في التمثيل لإظهار أنماط السلوك اللاتوافقي حتى يمكن ضبطه.

ويقوم بالإخراج احد المرضى او المعالج والممثلون هم المرضى أنفسهم ويكون لاحدهم دور البطل الرئيسي، ويمثل باقي المرضى أدوار الأشخاص المهمين في حياته وقد يشترك

المعالج وغيره من أفراد فريق العلاج في التمثيل بغرض التوجيه والتفسير، ويجب إسناد الأدوار بحرص إلى المرضى بحيث تتكون متدرجة في العنف بما يضمن الاستمرار وعدم الانهيار.

ويحسن أن يختار كل عضو الدور الذي يرغب في تمثيله ويطلب من الممثلين الاندماج الكامل في المشاهد وان يكون سلوكهم معبر عن أفكارهم الخاصة الحقيقية وحرية من الملاحظ ان المرضى يسلكون سلوكا اقرب الى الواقع منه الى المثيل.

والمتفرجون غالبا من أعضاء الجماعة العلاجية وأعضاء فريق العلاج (سري، 1990).

ويصف مورينو خمسة عناصر أساسية للقيام بسيكودراما جيدة:

1- تحديد مرحلة العلاج.
2- الشخص النصير أو الحليف وهو الشخص الذي يكون موضوع التمثيل وممثله الرئيسي.
3- الموجه او مدير المجموعة وهو يستخدم المهارات المهنية لتسهيل تفاعل المجموعة ويؤكد على توفير الجو الآمن للنصير وللمجموعة.
4- المساعدون وهم الأشخاص الذين يساعدون في تمثيل الأدوار.
5- الجمهور وهم الأشخاص الذين يشاهدون التمثيل.

ثانياً: العلاج الجمعي العائلي Family Therapy:

يعرف مورجان ومورجان (Morgan& Morgan. 1984) العلاج العائلي بأنه أسلوب من الأساليب العلاج النفسي الجماعي ويتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد، وهوعلاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي، ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة.

من دواعي استخدام العلاج الأسري ما يلي:

1- اضطراب العلاقات الأسرية وتبادل الاتهامات والاسقاطات.
2- اضطراب العلاقات الزوجية.
3- اضطراب الأسرة وانهيارها.

ويتضمن العلاج الأسري العديد من الأشكال حيث يقوم المعالج بدور الموجه على النحو التالي:

1- مساعدة الأسرة على كشف نقاط الضعف التي تؤثر في علاقات وتفاعلات أفراد الأسرة.

2- تقوية القيم الإيجابية للأسرة ومساعدتها على تدعيم كل ما يحقق التوازنت والاستقرار الأسري.

3- مساعدة الأسرة على رفع مستوى أدائها الاجتماعي.

4- مساعدة الأسرة على تدعيم القيم الموجبة وإهمال جوانب السلوك السالب.

5- تحقيق التوازن والتماسك بين أعضاء الأسرة.

6- مساعدة الأسرة على تخطي بعض العقبات الخاصة ببعض أفرادها المشكلين (المعوقين او المتخلفين عقليا مثلا).

من مزايا العلاج الأسري أنه يفيد في حل المشكلات الأسرية قصيرة المدى في الحياة اليومية (Morgan& Morgan. 1984).

وقد ذهب جون بل John Bell أحد الأوائل من العاملين في مجال العلاج العائلي، وفي تصوره لهذا النوع على انه عدة مراحل، فهو يرى أن العلاج بعد بعض الجلسات المبدئية التوجيهية يمر خلال المراحل التالية:

1- مرحلة التمركز حول الطفل.

2- مرحلة التفاعل بين الطفل والوالد.

3- مرحلة التفاعل بين الأب و الأم.

4- مرحلة التفاعل بين الأخوة.

5- مرحلة التمركز حول الأسرة.

اسس العلاج النفسي الجماعي:

يعتمد العلاج النفسي الجماعي على أسس نفسية واجتماعية تقتضي الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تصحيح السلوك الاجتماعي للمريض وتقويمه ومن هذه الأسس ما يلي:

1- حاجات الفرد النفسية والاجتماعية والتي لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي.

2- المعايير والأدوار الاجتماعية التي تحدد سلوك الفرد وأدواره في المجتمع.

3- التوافق الاجتماعي كهدف للعلاج النفسي الاجتماعي يرتبط بالتوافق الشخصي، وسعادة الفرد في تفاعله الاجتماعي.

4- العزلة الاجتماعية كسبب من أسباب المرض النفسي.

5- اثر التفاعل الاجتماعي بين الأفراد الجماعة وبين المعالج، واعتبار كل فرد في الجماعة معالجا للآخر (سري، 1990).

ماذا يحدث في مجموعات العلاج الجمعي:

1- وضع التشريعات المناسبة لحل الأزمات ومشكلات الشخصية لأعضاء المجموعة.

2- تعريض الأشخاص للبوح وبالأسرار المخجلة في حياتهم الخاصة وتقديم الحلول المناسبة.

3- تقديم الدعم النفسي لأعضاء المجموعة.

4- إعادة تكامل بين الأبعاد النفسية المختلفة (Alonso& Swiller. 1993).

المجالات التي يُستخدم فيها العلاج الجمعي:

بالاضافة لاستخدام العلاج الجمعي مع بعض أنواع الأمراض النفسية والعقلية يمكن استخدامها في المجالات التالية"

1- مع الامهات الجديدات او حديثات الولادة.

2- مجموعات توجيه الأمهات.

3- مجموعات الأمهات المنفردات أي بغياب الزوج.

4- مجموعات صعوبات التعلم.

5- مجموعات التربية الخاصة.

6- مجموعات الفتيات المكتئبات.

7- مجموعات العلاج العائلي المراهقين.

8- مجموعات العلاج الجمعي للآباء وأبنائهم المراهقين (Buchhotz& Mislhne 1994)

مراحل العلاج النفسي الجماعي:

تتضمن عملية العلاج النفسي الجماعي ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى تتضمن:

1- القلق والدفاعية وتأرجح المشاعر تجاه المعالج.

2- ظهور روح الجماعة.

3- نمو الثقة بتبادل الخبرات.

4- وضوح أنماط الأفراد.

المرحلة الثانية وتتضمن:

1- تفاعل كل فرد بإيجابية ومشاركة ورؤية نفسه في الأخرين واعترافه بالمشاعر المكبوتة.

2- ظهور التنافس في الكشف عن المخاوف والقلق والصراعات.

3- احتمال ظهور عمليات مضادة للعلاج مثل كبش الفداء والاعتماد على الدافعات.

المرحلة الثالثة: وتتضمن:

الاستفادة من خبرات الآخرين وتطبيقها على حالة الفرد.

احتمال حاجة الإفراد إلى علاج النفسي فردي مكمل. (سري، 1990).

خطة برنامج العلاج الجمعي:

ولكي يمكن للمعالج الجمعي أن ينفذ خطته بنجاح يجب عليه مسبقاً أن يهتم بعدد من التفاصيل الضرورية والتي منها التساؤل حول القضايا التالية:

1- ما هو الحجم الأمثل للجماعة العلاجية؟

2- كم مرة يجب أن نلتقي الجماعة وتعقد الجلسات؟

3- ما مدى ما تستغرقه كل جلسة منها؟

4- هل يجب ان تكون مشكلات أفراد الجماعة متماثلة؟

5- أم من الأفضل أن تكون المشكلات بالضرورة متشابهة؟

6- هل يكفي معالج نفسي جمعي واحد؟

7- ما هو نمط الجماعة؟

8- أين يجب أن تعقد الجلسات؟

9- ما خصائص المكان الذي يجب أن يتم فيه اللقاء؟

10- كيف يمكن معالجة القيود أو المشكلات الإدارية؟

وفي ما يلي بعض الإجابات على الأسئلة السابقة والتي تساهم في تحديد خطوات برنامج جلسات العلاج الجمعي"

اولاً: حجم الجماعة:

أ- يتوقف عدد أفراد الجماعة العلاجية على عدد من الاعتبارات منها: حنكة المعالج وكفاءته في قيادة الجماعة وخبرته ونعتقد أنه كلما زادت خبرة المعالج واطمئنانه لمهارته وقدرته القيادية كلما كان بالإمكان زيادة حجم الجماعة العلاجية والعكس

صحيح أيضاً وننصح أن يتراوح عدد أفراد الجماعة من 5 -6 أفراد بالنسبة للمعالج المستجد.. وان يزداد هذا العدد حتى يصل الى ما يقرب من عشرة أفراد بالنسبة للمعالج الخبير.

ب- ويتوقف حجم الجماعة ايضاً على مدى تعقد الإجراءات العلاجية المستخدمة فإذا استخدمنا شكلا واحدا من العلاج، وليكن التدريب على الاسترخاء أو التطمين التدريجي، فأنه لا بأس من أن يزيد حجم الجماعة ليصل إلى 10 أو 12شخصاً.

ج- ويتوقف حجم الجماعة أيضاً على عدد المعالجين المتواجدين أثناء الجلسات العلاجية فكلما زاد المعالجون كلما كان من الممكن زيادة حجم الجماعة إلى 10أو 12 شخصاً.

د- ويساهم العدد المتوفر من النزلاء في العنبر العلاجي في تحديد حجم الجماعة.

وعلى وجه العموم فانه بالرغم من عدم وجود قاعدة ذهبية لاختيار وتحديد حجم الجماعة فأن هناك اعتمادا على الخبرة الخاصة وإن العدد الأمثل هو الذي يتفاوت من (8 -10) افراد (ابراهيم، 1988).

ويرى الودرني (1983) أن الأبحاث أثبتت على المجموعات العلاجية أن افضل عدد يتمثل في مجموعة من سبعة إلى ثمانية أفراد.

ويعتبر لوزر Loeser أن عدد الأعضاء البالغ 7اعضاء هو الأفضل لبناء مجموعة مميزة للأسباب التالية:

أ- لأنها سوف تعمل على تخفيف الدوافع والغرائز الشهوانية.

ب- لأنه سوف تعبر على الانتقال الداخلي بين أعضاء المجموعة.

ج- لا يمكن إرباك المجموعة من خلال شخص أو شخصين.

د- سوف تحتوي على أنماط مختلفة من العمليات النفسية.

هـ- يمكن السيطرة على الأفعال الخارجة عن إطار المجموعة.

و- يمكن أن تكون البيئة العلاجية أينما يختار المعالج المكان المناسب لها.

ز- تحتفظ المجموعة فقط بعدد قليل من التعليمات.

ح- تزود المجموعة بالوقت الكافي والانتباه لكل شخص فيها (Kellerman, 1979).

ثانياً: عدد الجلسات وطول كل منها:

لم يقدم خبراء العلاج الجمعي إجابات حاسمة أيضاً عن هذا الموضوع ويرى Rose إن عدد الجلسات يتوقف على نوع المشكلة من ناحية والهدف من برنامج العلاج الجمعي من ناحية أخرى (Rose 1977) وكلما كانت المشكلات والأهداف واضحة لأفراد الجماعة منذ البداية كلما كان بالامكان الإقلال من عدد الجلسات.

وهذا يفضل غالبية المعالجين أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع ولو أن من الأفضل أن تكون الجلسات في البداية مرتين أسبوعياً للمساعدة على تيسير التفاعل بين أفراد الجماعة.

وتستغرق الجلسة الجماعية من ساعة الى 3 ساعات بمتوسط ساعتين مع إعطاء 10دقائق كل ساعة كاستراحة ويتوقف زمن كل جلسة على حجم الجماعة. (ابراهيم، 1988).

ويرى الودرني (1983) أن جلسات العلاج الجمعي تقع عادة مرة بالأسبوع وتدوم حوالي ساعة ونصف ويجب أن يحرص المعالج على أن تنتهي الجلسة بشكل حاد.

تتعلق مدة المعالجة بطبيعة ونمط المجموعة وتتطلب المعالجة عادة حوالي مائة جلسة سنتين وتعتبر مدة تسعة اشهر حدا ادنى.

ثالثاً: تجانس الجماعة:

هل من الأفضل أن تكون الجماعة متجانسة من حيث مستواها التعليمي والمركز الاجتماعي والوضع الطبقي لأفرادها وجنس كل منهم.

وكلما كان أفراد الجماعة متماثلون من حيث المشكلات المطلوب علاجها كلما كان من السهل تحديد الإجراءات العلاجية وخطة البرنامج العلاجي.

رابعاً: اختيار المكان الملائم للجلسات:

يتوقف اختيار المكان على نوع المشكلة المطلوب علاجها ولهذا فكلما كان اللقاء في البيئة الطبيعية التي ستتفاعل معها المريض بعد علاجه كلما كان ذلك افضل ولهذا كان أحد المعالجين الجمعيين يجري جلساته لجماعة من الجانحين في أماكن تشبه الأسواق والمحلات التجارية التي ضبط فيها هؤلاء الجانحون يسرقون (ابراهيم، 1988).

ويجب أن تكون قاعة الجلسات العلاجية هادئة مؤثثة بشكل عادي وبسيط ذات اتساع

كاف لاحتواء المجموعة على أن تكون المقاعد متباعدة بشكل يسمح للافراد بالتحادث ومشاهدة بعضهم البعض بسهولة وبوضوح مريح وتوضع المقاعد بشكل دائري ولا يتوسط الدائرة عادة إلا طاولة صغيرة ويدخل الطبيب ضمن الحلقة كأي فرد آخر من المجموعة.

ويحمل الاختيار الحر للمقعد نسبة لموقع الطبيب والأفراد الآخرين دلالة كبيرة أن لم ترتبط بعوامل طارئة وقد يحدث بعد فترة من تبدل المواقع أن تتحدد الحلقة في نموذج واسع يعكس التغيرات الديناميكية في العلاقات بين الأفراد (الوردني، 1983).

خامساً: تعريف افراد الجماعة وأعلامهم بالخطة العلاجية (إبراهيم، 1988)

مراحل الخبرة الجماعية:

وتمر الخبرة الجماعية المكثفة في مراحل متتالية على النحو التالي:

1- التجمع Mitting Around

2- المقاومة: Resistance وتتضمن مقاومة التعبير الشخصي حيث يميل بعض الأفراد إلى التعبير عن الاتجاهات الشخصية مما يثير ردود فعل متناقضة بين الأعضاء الآخرين في الجماعة.

3- وصف المشاعر السابقة،

4- التعبير عن المشاعر السالبة.

5- التعبير عن المواد الشخصية.

6- التعبير عن المشاعر المباشرة في الجماعة.

7- نمو طاقة علاجية في الجماعة.

8- خلع الأقنعة.

9- تلقي التغذية الراجعة:

في عملية التفاعل التعبيري الحر يكتسب الفرد قدرا كبير عن كيف يبدو الآخرين وهذه المعلومات المتنوعة ترجع وترسل إلى الفرد في إطار التفاعل الذي يتم في الجماعة.

10- التحدي (وجها لوجه): وفي هذه المرحلة يواجه الأفراد بعضهم بعضا إيجابا وسلبا في أخذ وعطاء قد يصل إلى مرحلة المشادة ولكن من خلال العملية العلاجية وقبل نهاية الجلسة يصل إلى نهاية أفضل.

11- علاقة المساعدة الجماعية: وفي هذه المرحلة تنمو علاقة مساعدة جماعية حيث

تتوصل الجماعة إلى طرق يكون فيها الأعضاء قادرين على مساعدة بعضهم البعض داخل وخارج الجلسات الجماعية.

12- المواجهة الأساسية: وفي هذه المرحلة يزداد ائتلاف الأعضاء وضوحا في شكل اكثر واتصال اعمق مع بعضهم البعض بدرجة أكبر من المعتاد في الحياة اليومية.

13- التعبير عن المشاعر الموجبة والقرب: بالتدريج يحل محل الشعور السالب تقبل عميق للآخر من ثم يتضح حدوث تغير حقيقي في المشاعر في الاتجاه السليم، ويزداد الشعور بالأمن وبروح الجماعة.

14- التغيرات السلوكي في الجماعة: يحدث تغيرات سلوكي أساسية في الجماعة نفسها نتيجة للخبرة الجماعية ، فالتغييرات تتغير، ونبرات الصوت تتغير فتصبح أحيانا أقوى أحيانا أرق وعادةأكثر تلقائية واكثر امتلاء بالمشاعر الأفضل (سري، 1990).

الطرق الاساسية في العلاج النفسي الجماعي:

1- طريقة المحاضرات والشرح والمناقشات وتبادل الآراء وبحيث تمثل هذه المحاضرات والمناقشات ومركز الثقل في العملية العلاجية، ويمكن أن تكون مادة المحاضرات ملائمة لوضع المرضى، ويفضل أن يكون موضوع المحاضرة تدور حول مشكلة يعاني منها أحد أفراد الجماعة (دون ذكر أسمه) ويقترح بعض المعالجين أن تكون مواضيع المحاضرات مثل:

(العلاقة بين النفس والجسم والأمراض السيكوسوماتية والشعور واللاشعور، والتكيف الاجتماعي، والسلوك السوي والسلوك الشاذ، السيطرة والخنوع، الذكور والأنوثة الحب والكره والجنس والانحرافات الجنسية)

2- الطريقة التي تعتمد على نشاطات المرضى التي تصاحب جلسات العلاج الجماعي والهدف من هذه النشاطات أنها ترويحية علاجية، كما في حالة السايكودراما حيث يمثل المريض طرفا في المسرحية.

3- الطريقة المختلفة التي تجمع بين طريقة المحاضرة والمناقشة وطريقة النشاطات العملية (الزراد، 1984).

فاعلية العلاج الجمعي:

قام (بدنر) وآخرون (Bednar et at , 1974) بعرض لعدد من نتائج الدراسات ووجدوا أن فاعلية العلاج الجماعي تعتمد على ما إذا كان هناك تدريب وإعداد قبل العلاج أم لا.

كما يتوقف نجاح العلاج الجماعي على نمو تماسك الجماعة، والثقة بين أفرادها، والجذب والاندماج أثناء سير العلاج، كما يتوقف كذلك على وجود شخص على الأقل في الجماعة يقوم بتمثيل السلوك المطلوب وهو ما يشير إليه بالنموذج المؤثر (الدماطي وآخرون، 1992)

مميزات العلاج الجمعي:

يلخص الهابط (1985) مميزات العلاج الجمعي بما يلي:

1- تعدد الآراء في دراسة وتشخيص وعلاج المشكلة السلوكية يعطي فرصة افضل لحلها

2- يجعل المريض يدرك أن مشكلته يعاني منها أفراد آخرون وليست وقفاً عليه، وهذا يعطيه دفعة نفسية ومزيدا من الراحة النفسية خاصة إذا وجد نفسه أسعد حالا من غيره مما يزيد من ثقته بنفسه ويقلل من مشاعره السلبية.

3- العلاج الجمعي للمريض تعلم عادات تكيفية اكثر من العلاج الفردي وهذا يدعم في العميل التكيف الاجتماعي.

4-يفصح المرضى عن مشاكلهم لأقرانهم اكثر من إفصاحهم عنها للكبار خاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة، وهذا يتوفر في العلاج الجمعي حيث يعبر المرضى لبعضهم داخل مجموعاتهم عما يضايقهم وفي هذا تخفيف من حدة توترهم.

5- العلاج الجمعي يساعد المريض على أن يخرج من عزلته إذا كان منطويا خجولا ويجعله اكثر فاعلية في المواقف الاجتماعية نحو الآخرين (الهابط، 1985) .

ويرى سري (1990) أن مزايا العلاج الجماعي تتلخص فيما يلي:

1- توفير الوقت والجهد والمال، حيث يستطيع المعالج النفسي معالجة اكثر من مريض في وقت واحد.

2- توفير خبرة الاتصال والتفاعل مع افراد جماعة العلاج، وتبادل الآراء والتخفيف من حدة المرض عند الأفراد حيث يرى المريض انه افضل من غيره مما يؤدي الى نتائج افضل وأسرع في العلاج.

3- وتعدد اساليبه وتنوعها مع امكان التدريب عليها بدرجة اسهل من غيرها نسبياً.

4- تحسين التفاعل الاجتماعي، والاتجاهات الاجتماعية.

5- إحداث تغيير في الشخصية والسلوك وإتاحة فرصة الخبرات انفعالية مكثفة وتحسين الاستبصار (سري، 1990).

ويضيف هنا (1984) الفوائد التالية للعلاج الجمعي:

اولاً: علاج اقتصادي ولما كان عدد الذين يحتاجون الى العلاج النفسي اكثر من عدد السيكولوجيين المدربين على العلاج فان عدة اشخاص في وقت واحد يمكن ان يكون ذا اهمية اجتماعية كبيرة

ثانياً: الفائدة الثانية لهذا العلاج هي انها قد تكون في حد ذاتها فعالية بالنسبة لبعض انواع المرض (هنا، 1984)

عيوب العلاج النفسي الجماعي:

من عيوب العلاج النفسي الجماعي مما يلي:

1- قد تكون التغيرات السلوكية التي تحدث قصيرة الأمد وغير دائمة وقد يحدث لدى البعض انتكاس.

2- قد يندمج الفرد بعمق في الكشف عن ذاته ثم يترك لمشكلاته غير محلولة.

3- قد يستفيد احد المرضى دون الآخرين مما يحدث مشكلات خاصة في عملية التوافق النفسي

4- قد يتحمس بعض الاعضاء للطريقة ويستمرون في الاشتراك في حلقات عمل جديدة وقد يحترفون حضور جلسات العلاج الجماعي (سري، 1990)

ويرى الدماطي واخرون (1992) ان العلاج النفسي الجماعي غير مناسب لكل انواع المرض النفسي والعقلي فيعد العلاج الفردي اكثر فاعلية في علاج مشكلات ذات دلالات الانفعالية القوية مثل الصراعات المتعلقة بالجنسية المثلية أما قوة العلاج النفسي الجماعي فتبدو في التعامل مع المشكلات التنشئة الاجتماعية.

العلاج عن طريق اللعب
Play Therapy

مقدمة :

تعتبر من المسلمات بأن الأطفال وخاصة الصغار منهم يعتبرون طبيعيين وهم في حالة اللعب، لذا فإنهم يعبرون عن شعورهم بواسطة اللعب بنفس الطريقة التي يعبر فيها الكبار بواسطة إلقاء الخطابات أو "التعبير".

وتعزى عملية تقديم عملية فنون العلاج باللعب إلى مُعالِجة مختصة بالتحليل النفسي وهي "ميلني كلاين"، ولكن على أي حال فإن العديد من المختصين قاموا باعتماد هذا الأسلوب ولهم ميول أكاديمية متعددة. بما فيها التحليل النفسي والمدرسة السلوكية لذلك فإن طرق القيادة تتراوح بين الطريقة التوجيهية والطريقة غير التوجيهية.

وبغض النظر عن المدرسة المعينة التي توجه علاج اللعب فإن عبارة (اللعب) (Play) لا تستعمل في سياق عملية الترفيه ولكنها تعّبر عن عملية إعطاء الطفل الحرية للتصرف والتعبير عما يجول في خاطره وعن شعوره، إن حجر الزاوية في عملية العلاج بواسطة اللعب هو التواضع، وفي هذه الحالة فإن الطفل يُقبل على أنه إنسان تنافسي ويعامل بنفس الاحترام الذي يُعطى للكبار.

(آنا فرويد، 1965) تقول وتبين أهمية عمل موقف متواضع وتحذر "لا تكن دكتاتوراً ومتحكماً ولا تتوقع أن الأطفال لا يمكنهم عمل الأشياء التي لا يعملها الكبار ولا تقل أبداً" يجب عليكم فعل هذا أو ذلك، لا يجب على أحد عمل هذا أو ذلك لذلك لا يجب على الأطفال فعل أشياء معينة. أما "أكسلين" في كتابها الكلاسيكي "العلاج باللعب" فإنها تؤكد أهمية البيئة الطبيعية في العلاج الطبيعي وتقول "إن غرفة العلاج باللعب هي أرض مناسبة للنمو وفي داخل هذه الغرفة الآمنة حيث الطفل هو أهم شخص وهو مسيطر على تصرفاته وعلى الوضع، حيث لا يتعرض له أي شخص ويوجهه ولا أحد ينتقده ولا أحد يضايقه أو يعطيه الاقتراحات أو يوجهه أو يتسلل إلى عالمه الخاص. فإنه هنا يأخذ كامل حريته في فرد جناحيه وهنا ينظر إلى نفسه حيث يتم قبوله قبولاً كاملاً.

من هم الأطفال المؤهلين للعلاج باللعب ؟

يُنصح باستعمال العلاج باللعب مع أي طفل لديه مشكلة بما في ذلك هؤلاء الذي لديهم مشكلات سلوكية، مشاكل دراسية، وصعوبات في النطق، أما ما نقصده بخصوص المشاكل السلوكية فهي تعني الأطفال الذين تتراوح صعوبة تأقلمهم من المنعزلين تماماً إلى النشطين جداً. والذين يعبرون عن شعورهم أما عن صعوبات النطق والتأتأة وكلام الأطفال واللغة المكررة واللغة غير الواضحة وكذلك عدم القدرة على الكلام فإنه يمكن علاجها بواسطة العلاج باللعب. إن العلاج باللعب يساعد الأطفال الذين لديهم صعوبات في في مجال القراءه (Dyslexia).

ويقول (Ginott, 1961) ويزودنا بمعلومات محددة وواضحة عن طريقة إختيار الأطفال للعلاج عن طريق اللعب، حيث أنه يعتبر "طريقة المجموعة" الطريقة الأفضل للعلاج.

إن نجاح كل طفل في المجموعة (علاج المجموعة) يعتمد على تركيبة المجموعة ومن الضروري تشكيل المجموعة بطريقة صحيحة.

على كل حال إن الأطفال الذين لديهم ضعف في المهارات الإجتماعية ويملكون فرصة حقيقيه للدخول في لعب المجموعة يمكن تصنيفهم كالتالي :

1 - الأطفال المنسحبين Withdrawn
2 - الأطفال غير الناضجين Immature
3 - الأطفال الذين عندهم حالة خوف مرضي Phobic
4 - الأطفال الـ (أنثويين) Effeminate
5 - الأطفال الذين لديهم خلل في العادات Having Habit disorders
6 - الأطفال الذين لديهم إضطرابات في التصرف Having conduct disorders

من هم الأطفال غير المؤهلين للعلاج باللعب ؟

الأطفال الذين لا يناسبهم الدخول في (مجموعات علاجية) للعب حسب رأي (Ginott) فهم الأطفال الذين يظهر فيهم :

1- التنافس الشديد مع إخوانهم.
2- السلوك السيسيوباثي Socipath Behavior

3- تسارع شديد أو انحراف في رغباتهم الجنسية.

4- الرغبة في السرقة.

5- عدوانية واضحة.

6- ردود فعل وتوتر واضح.

إن الأطفال الذين عادة ما يكونون عدوانيين باتجاه الآخرين عادة ما يكون عندهم الرغبة في إظهار نتيجة ذلك على الأطفال الآخرين في المجموعة، حيث أن الجو في المجموعة عادة ما يكون بدون تدخل وديموقراطي فإنه من الممكن أن يقوموا بإيذاء زملائهم.

إن هؤلاء الأطفال عادة ما يتجاوبون بشكل أفضل لحلقات اللعب الفردية وبعد تدريبهم على السيطرة على عدوانيتهم فإنه من الممكن بعد ذلك دمجهم في مجموعة أكبر للعب. إن الأطفال الاسيسيوباثيين فإنه ينقصهم الشعور بالاهتمام بالآخرين ويتفاعلون معهم لغرض الابتزاز ولا يوجد لديهم القدرة على البحث ولا يوجد لديهم الشعور بالذنب أو تحمل المسؤولية لأخطائهم وكذلك فإنهم يكرهون السلطة ويرفضون الانقياد للقوانين والتعليمات. وفي حال وجودهم ضمن المجموعة فإنهم يتسلطون على الأطفال الآخرين ويعطلون نشاطهم ولذلك فليس عندهم القدرة على الاستفادة من فنون العلاج، إن عملية دراسة تصرفاتهم عملية عقيمة وغير ناضجة إنها مخاطرة في عملية العلاج الفردي ولا يمكنهم التفاعل مع المُعالِج.

أما الأطفال الذين لديهم رغبة/نزعة قوية للجنس أو أي انحراف فإنه من الأفضل علاجهم عن طريق العلاج المنفرد لأنه من الممكن أن يخيفوا زملائهم أو إشراكهم في نشاطاتهم، وبنفس الطريقة فإن الأطفال الذين يقومون بالسرقة فإنه يجب استثنائهم من المجموعة لأنه من الممكن أن يقوموا بالسرقة أو تعليمهم السرقة وهذا الخط الإرشادي العام لا ينطبق على الأطفال الذين يسرقون فقط من المنزل، فإن هؤلاء الأطفال يبحثون عن لعطف أو يعملون على الانتقام من الآباء، إن هذا النوع من السرقة لا ينتقل إلى المجموعة.

إن الأطفال الذين يتسمون بالعنف وعندهم عداءً متأصلاً لا يمكن أن يستفيدوا من جلسات العلاج للمجموعة ويتطلب الأمر سيطرة دقيقة على سلوكهم لمنعهم من جرح الآخرين. وإن هذا الحزم والتقييد لا يمكن استعماله في جلسة المجموعة بدون التأثير على

الجو الطبيعي لبيئة العمل ويمكن أن يكون سلبياً على الأطفال الآخرين. أما الأطفال الذين عاشوا ومروا في مأساة عاطفية أو كارثة مثل الموت أو حادث أو حريق فإنهم يتجاوبون بشكل جيد في العلاج المنفرد.

وعادة ما تكون العقدة عند أي طفل ناتجة عن حادث معين ويمكن علاجهم بمراجعة الحادث في شكل تمثيلي، أما وجود الآخرين من الأطفال فإنه يتعارض مع نجاح وتقدم الطفل في عملية العلاج.

أساليب وطرق تكوين المجموعة الخاصة "بالعلاج باللعب":

إن المناقشة المذكورة بخصوص تشكيلة المجموعة في درس علاج المجموعة يبين الخلاف بين المختصين في تحديد نوعية الاستراتيجية المرغوب في إتباعها.

وكما لاحظنا فإن البعض ينصح بأن تكون المجموعة مكونة من أشخاص لديهم صفات مشتركة مثل العمر، الجنس، المشاكل، نوعية الشخصية، الخلفية التعليمية والحالة الاجتماعية والاقتصادية. أما بعض الخبراء فيعتقدون بوجوب أن تتكون المجموعة من أشخاص ذوي خلفيات مختلفة ولهم مشاكل وشخصيات مختلفة حتى يكونوا نموذجاً يحتذى ومن الواضح فإن المعضلة بخصوص تركيبة المجموعة تنطبق على "مجموعة اللعب" كما تنطبق على مجموعة المناقشات الشفهية.

وينصح "Ginott" بسلسلة من الإرشادات لمساعدة الشخص المختص في عمل قرار في تشكيل المجموعات الخاصة باللعب وهذه الإرشادات هي :

1 - إن المجموعة يجب أن تحتوي أطفال لديهم درجات مختلفة من الأعراض حتى يتسنى للطفل التعرف والاحتكاك مع أفراد مختلفين عنه، فمثلاً طفل خامل يمكن مساعدته من خلال ملاحظاته على طفل نشيط منطلق أما الطفل الاعتمادي والخائف فيمكنه تعلم الشجاعة من خلال ملاحظاته لسلوك أطفال أقوياء ومستقلين.

2 - تجانس أفراد المجموعة، فمثلاً إذا كان هناك طفل سمين فيجب عدم وضعه في مجموعة من الأطفال النحفاء ولكن في مجموعة الأطفال البدناء أو مع مجموعة الأطفال متوسطي الوزن.

3 - أما الإرشاد الثالث فهو بخصوص مستوى التوتر في المجموعة، إن العلاج الفعال يظهر عندما يكون التفاعل بين أعضاء المجموعة بدرجة معتدلة من التوتر هذا وتخفق بعض المجموعات في "توليد" توتر كاف بين المجموعات الأخرى مما يولّد توتراً عالياً. فمثلاً

إن مجموعة مكونة من أطفال يتسمون بالعنف يمكن أن ينتج عنهم الكثير من التوتر بينما مجموعة من الأطفال المنسجمين سوف لا ينتج عنهم أي درجة من التوتر.

4 - على المُعالج أن يتجنب تجميع الأصدقاء والأقارب في مجموعة واحدة، وأن "Ginott" يعتقد بأن العلاج يجب أن يقدم ويشجع على علاقات ومواقف جديدة وإن عملية زج الأقارب والأصدقاء في المجموعة يعطل هذا النوع من التعلم.

5 - يُنصح بإلغاء النماذج غير السويّة ويجب الاهتمام بمنع الأطفال غير الاجتماعيين من السيطرة علي بقية الأطفال وكذلك فإن عملية خلط المنحرفين مع أطفال عصبيين أو أطفال غير ناضجين.

6 - النوع السادس هو الطفل المحايد وهو الطفل ذو سلوك حسن والذي لديه السيطرة على تصرفاته وسلوكه، والمطلوب من هذا النوع من الأطفال هو التأثير على الأطفال الذين عندهم قدر كبير أقل من السيطرة وأن يكونوا نموذجاً وبالنصيحة حيث يعلمونهم السلوك المقبول اجتماعياً.

7 - يهتم الإرشاد السابع بحجم المجموعة وحجم أعضاء المجموعة وينصح "Ginott" بأن يكون حجم (5) أفراد و (3) إذا كان المُعالِج تنقصه الخبرة، أما العمر الزمني لأي فرد فلا يجب أن يزيد عن مدة (12) سنة بين الأعضاء، ولكن على أي حال فالأطفال غير الناضجين أو المتخلفين عقلياً والذين يتم رفضهم من قبل الأطفال في نفس الفئة العمرية ربما يكون من المناسب وضعهم في مجموعة من الأطفال أقل عمراً وكقانون عام فإن السن المثالي للأطفال لمرحلة اللعب هو (8) سنوات أو أقل.

8 - الإرشاد الثامن هو بخصوص المجموعات المفتوحة أو المغلقة، المجموعة المفتوحة تقبل الأعضاء الجدد من حين لآخر أما المجموعة المغلقة فإنها لا تقبل أي عنصر بعد عملية تأسيسها.

ويقول "Ginott" بأن المجموعات المفتوحة هي أكثر عملية واقتصادية أكثر لأن بعض الأطفال يغادر عملية العلاج ولا بد من إضافة أعداد جديدة للمجموعة، ومن الواضح فإن العضو الجديد في المجموعة يجب اختياره بحرص حتى يتسنى عدم إزعاج بقية الأطفال، ويفضل تحضير المجموعة عند الرغبة في إخراج عضو من المجموعة أو إدخال عضو آخر قبل عدة أسابيع من الإجراء.

9 - أما إرشاد "Ginott" التاسع والأخير فهو بخصوص المجموعة المختلطة والمؤلفة من الذكور اوالإناث.

وهو، يقبل رأي "فرويد" بأن هناك مرحلة حضانة في عمليّة تطوّر الرغبة الجنسية وينصح بأن يجمع الأطفال من نفس الجنس في تلك المرحلة من التطور في سن الدراسة وهو يؤكد أهمية تحديد الهوية الجنسية لدى الأطفال. ذكر أم أنثى وكذلك اتباع الخطوط التي تساعد على تنمية الرجولة أو الأنوثة لدى الأطفال.

أما الأطفال في سن الروضة فيجوز جمعهم حيث أنهم جهلاء في هذه المرحلة.

كما ذكرنا سابقاً فإن مواصفات "Ginott" لتشكيل المجموعة هي موضوعية إلى حد كبير وعلى أي حال فإنه لا يوجد اتفاق بأن هذه الإرشادات مقبولة كاملة من جميع الأطاف حيث أن Lippman (1956) ينصح بأن تكون مجموعة الأطفال العلاجية يجب أن تتكون من الأطفال المنسحبين Withdrawan ويجب أن تتجنب الأطفال العدوانيين أما Lebo (1956) فيعتقد بأن العلاج باللعب فعال حتى يصل الأطفال إلى سن 12 سنة.

أما Slarson (1955) فينصح بأن تكون المجموعة مغلقة حتى لا تتعرض عملية العلاج إلى الأنزعاج من دخول الأعضاء الجدد.

أما Axline فهي لا توصي بمنع الأصدقاء والزملاء من دخول المجموعة ولا تؤمن بفصل الأطفال حسب الجنس.

وباختصار فليس هناك طرق مؤكدة وسريعة لتشكيل مجموعات اللعب وتقول نيومان بشأن هذه الحقيقة ونتائجها غير المرغوبة عندما تكتب: "إن طرق الفحص والتشخيص المستعملة الآن ربما تكون ضيقة أو سهلة جداً حتى تكون فعّالة، وربما لا يوجد هناك أشياء أكثر إحباط من طفل يوضع في مجموعة والتي بدورها تستثنيه في النهاية فهو يطور ميكانيكية لعزل نفسه أوتوماتيكياً.

الطرق العلاجية:

من المعروف أن العلاج باللعب لا يعتمد فقط على النقاش والتبادل اللفظي بين المُعالِج والطفل فإنه يختلف بشكل كبير عن معظم أشكال العلاج السيكولوجي. ويعتقد عدة خبراء بأن الوجبات المطلوبة من المُعالِج لا تقل وربما تزيد عن تلك المطلوبة من المعالج النفسي. إن المعالج عن طريق اللعب يجب عليه أن يفهم اللعب الطبيعي وتعلم الصفات والميزات غير العادية في عملية اللعب للأطفال الذين لديهم صعوبات. كما يجب عليه أن يقوم بدور المعالج عن طريق التفسير والتجاوب للرسالات النفسية الصادرة عن نشطات اللعب.

الدور العلاجي للعب:

كما هو معروف في كل أنواع العلاجات النفسية فليس هناك طريقة محددة مقبولة لعمل العلاج باللعب Play Therapy، أما الطرق المفضلة فتعتمد على منهاج ومدرسة المُعالِج ولكن هناك مجموعة من الإرشادات وضعت من قبل مجموعة من أفضل من عالجوا باللعب مثل Aebbs 1955, Lass, Axiline، موستاكاس 1959 ويمكن تطبيقها على معظم الحالات التعليمية.

إن العلاج "غير الموجه" هو مصمم لتقليل سيطرة المُعالِج على الأحداث في جلسة العلاج، ومنها ينظر إلي الطفل كشخص/إنسان طبيعي ويجري حثه على الاستقلال والإعتداد بالنفس.

حتى يتسنى التغلب على المشاكل واستغلال الطاقة الكامنة لدى كل طفل فيجب السماح للطفل بعمل النشاطات التي تعكس رغباته وتلبي احتياجاته، لذا فإن دور المعالج هو ليس إعطاء التعليمات أو الاستشارة أو المنع أو التشكيل أو المكافأة والعقاب بل التجاوب مع اتجاه الطفل بحيث يقوم بعكس شعور الطفل (التجاوب معه) ومن حيث مساعدته ليكون عارفاً بأهمية تصرفاته وسلوكه.

وتنصح Axline المُعالِج الذي يستخدم أسلوب العلاج غير الموجه القيام بالآتي:

1 - تأسيس الألفة - عمل موقف قبولي لدى الطفل.

2 - تأسيس والمحافظة على جو مرن وغير مقيد للطفل.

3- معرفة وعمل انعكاس على شعور الطفل.

4 - السماح للطفل - وبسرعته الخاصة - للوصول إلى حلول للمشاكل.

5 - وضع قيود على السلوك بحيث لا تلغي جو الحرية المؤسس أصلاً.

وفيما يلي توضيح مفصّل لكل خطوة من الخطوات الخمس السابقة :

الخطوة الأولى: إن الخطوة الأولى وهي تأسيس جو التعارف مع الطفل فهي الأساس والقاعدة للعلاقة العلاجية (بين المعالِج والطفل).

وعلى المعالِج أن يبدأ هذه المرحلة بتصوير نفسه كشخص غير مهدِّد وغير معاقِب للطفل وأن اهتمامه الأساسي هو مصلحة الطفل وتنفيذ رغباته إن هذا الموقف يمكن توصيله للطفل بواسطة ملاحظات جيدة إيجابية للطفل وابتسامة له ولكن ذلك مربوط ببعض التصرفات الأخرى كذلك.

إن التعرف وكسر الحواجز بين المُعالِج والطفل يعتمد على قدرة المُعالِج على إقناع الطفل بأنه مهم مثل أي شخص بالغ، ولتأسيس جو تعارف صحيح فيجب على المُعالِج أن يتجنب إجبار الطفل للخضوع لاقتراحاته ويجب على المُعالِج تجنب التشجيع أو المزاح أو الإجبار أو الجدل بأي طريقة لمحاولة إقناع الطفل عمل أي شيء يرغبه المُعالِج.

الخطوة الثانية: هو تأسيس بيئة مرنة وذلك يعني الحرية الكاملة للطفل لعمل ما يرغب في غرفة اللعب، ضمن المعقول، ويمكن عمل ذلك بالتوجيه اللفظي أو بطريقة غير لفظية بعدم التدخل عندما يفعل الطفل ما يشاء وفي بعض الحالات فإن الأطفال لا يتجاوبون وغير راغبين في اللعب في أي لعبة.

وعلى المُعالِج أن لا يصر أن يقوم الطفل باللعب أو يعمل شيئاً ونشاطاً ما.

وإذا جلس الطفل بهدوء فعلى المُعالِج أن يجلس بهدوء أيضاً، وفي بعض الحالات فإن بعض الأطفال يقومون ببعض الحركات أو التصرفات التي من شأنها أن تسبب نقد الكبار مثل سكب المياه أو عمل ضوضاء، وفي حالة البيئة السهلة "الحرية" فإن المُعالِج يسمع بمثل هذه التصرفات أو يمكن وضع الخط الفاصل ضد ذلك التصرف عندما يجد المُعالِج بأن الوضع خطر أو مضر بالآخرين وهدام أو مخرِّب.

فمثلاً الطفل الذي يختار بأن يقفز ويصرخ، فلا يجب على المُعالِج مقاطعته، بينما الطفل الذي يبدأ في عملية ضرب رأسه في الحائط، وتكسير الألعاب والإساءة إلى غيره من الأطفال أو يقوم بضرب المُعالِج / فيجب إيقافه.

ويجب أن يسمح للطفل بالتصريح بالمعلومات التي لديه أو الأسئلة – بعد أن يحوز على ثقة المُعالِج وحتى يتم الوصول وتأسيس هذا المستوى من التفاعل بين الطرفين فيجب على المُعالِج تجنب فرض أفكاره على الطفل فمثلاً الطفل الذي يبدأ في تكسير اللعبة على شكل "الأم" يجب أن لا يسأل عن الأسباب لذلك، ولا يجب على المُعالِج سؤال مثل "هل أنت غاضب على اللعبة / الأم".

إن هذه المشكلة هي تدخل في علم الطفل وعندما يصل الطفل إلى مرحلة من الثقة في التعامل مع المعالج فإنه يصل إلى مرحلة يكون فيها قادراً على تحديد أسباب العمل الذي قام به فإنه يكون قد وصل إلى مرحلة يكون قادراً فيها على الشرح.

الخطوة الثالثة: إن القدرة على معرفة الشعور المتبادل هو خطوة امتدادية لعملية التعامل

بين الطفل والمُعالِج ويجب أن يكون المُعالِج يقظاً لحركات الطفل ونشاطاته الحركية، إن النشاطات المهمة تلك التي لها علاقة بمشكلة الطفل، فمثلاً ربما يصرف الطفل وقتاً طويلاً في صب الماء من سطل إلى سطل (دلو) وربما يبدو ذلك غير مهماً وفي النهاية يسكب الماء على لعبة على شكل أم ويقول هذه الدمية لئيمة، إن هذه الحركات والملاحظات هي تمثيل لهم لشعور الطفل وعلى المُعالِج أن يعمل رد فعل، حيث إن نوعية رد الفعل من قبل المُعالِج مهمة جداً.

الخطوة الرابعة : فهي الموقف العلاجي الذي يتجنب النقد أو الإطراء والرغبة الجامحة في تفسير ملاحظات الطفل، إن ثقة المُعالِج بأن الطفل لديه القدرة على حل مشاكله، ومن ثم فإن الطفل يصبح في وضع ربما يبوح بأسراره عن الأمور الحساسة عندما يصل إلى هذه المرحلة، وعندما يصل المُعالِج إلى هذه الثقة فإن الطفل يصبح قادراً على تطوير نفسه.

الخطوة الخامسة: فإنها تثير موضوعا خلافيا أكبر من النقاط الأربع الأولى، فالمعالجون يختلفون على المحدودات المفروضة في غرفة اللعب، فالبعض مثل Axline يضع الحدود فقط الضرورية للسلامة بينما الآخرون يطلبون تخطيطا أكبر وأدق، فمثلاِ GINOH يقول إن الاختلافات في تعريف سقف الحرية في اللعب يعتمد على تعريفات مختلفة للحرية، المعالجون غير الموجهين مثل Axline يعرفون الحرية بأنها تعني قبول كل السلوكيات كما هي في عملية المعالجة بينما شخص آخر من المدرسة التحليلية مثل GINOTT يعرّفها بأنها قبول للسلوك الرمزي مثل : الشعور، الأفكار، الأحلام ، الأمنيات، بالمقارنة مع عملية التصرف والسلوك على الطبيعة.

إن المعالجين الموجهين - مدرسة محددة - يضعون حدوداً قاسية على تصرفات الأطفال. فمثلاً ربما لا يسمحون للأطفال بالسباب، بالصراخ، بسكب الماء والمزيد من النشاطات الأخرى ولكن يسمحون ويشجعون تعبيرات رمزية - محددة - للشعور العدواني مثل الألعاب التمثيلية أو قتل الأم "Matricide" أو قتل الأب أو العنف الجماعي.

وكذلك فإنه من الممكن أن تكون الحدود المفروضة من قبل بعض المعالجين لا تعكس مدرستهم الخاصة لهم "أفكارهم" ولكن يصفون حساسيتهم بخصوص بعض السلوكيات التي يمكن أن يتحملوها.

فمثلاً المُعالِج الذي يعتقد أنه غير ملائم لأطفال أن يسبوا غيرهم، فلا يمكن له أن يؤدي عمله إلا إذا حدد وضع هذا العمل.

بينما مُعالِج آخر لا يجد غضاضة في السماح بالسباب ولكن يشعر بأنه يجب عليه رسم الحدود بخصوص السلوكيات الأخرى، واضح جداً أن المعالج ليس آلة، إن نظام القيم لديه يجب أن يؤثر على مسير العملية العلاجية.

وبغض النظر عن العوامل التي تقرر محدوديات العملية العلاجية فإن جميع المعالجين يوافقون على أن القيود الضرورية يجب تأسيسها مباشرة وتطبيقها بانتظام.

التجهيزات الخاصّة لعملية "العلاج باللعب"

تختلف الآراء بخصوص شكل الغرفة والمواد المطلوبة لعملية العلاج باللعب، وتقول Ax-line بأنه من المرغوب أن تكون هناك غرفتين للعب وقالت بأنها حصلت على نتائج حسنة في زاوية غرفة صف عادية. أما اخصائيون آخرون Ginott 1961 , Slarson - 1952 فهو يعلقون أهمية كبيرة على توفير مبنى، وبيئة مناسبة للعب فهم ينصحون بتجهيز غرفة مساحتها تتراوح بين 30 و 40 متراً مربعاً، فيها إضاءة كافية وخالية من الشبابيك ومبنية بشكل صلب وتكون قابلة لتنظيف الجدران والأرضية وكذلك عمل مغسلة في الغرفة ويجب على الأثاث أن يكون عملياً وكافياِ، وكذلك مزودة بعدة طاولات منها واحدة ذات ارتفاع منخفض لعمل نشاطات بناء بيوت للعب الصغيرة وكذلك الباقي من الطاولات فيجب أن يكون مستديراً لاستعماله في الرسم وعمل ألعاب الطين.

لا يوجد هناك اتفاق بشأن نوعية المواد الضرورية للعلاج باللعب، Play Therapy وتنصح Axlline بأن الألعاب يجب أن تكون واقعية Substantial وكذلك الألعاب مثل Checkerp وكذلك الألعاب الميكانيكية يجب تجنبها لانها تتعارض مع اللعب التعبيري والخلاق، أنها تعتقد أنه يمكن إجراء عملية "علاج باللعب" باستعمال شنطة تحوي على عائلة ألعاب، أثاث لعبة، صناديق ودهانات/ تلوين، ورقة رسم، اصابع تلوين، تماثيل، مسدسات ألعاب، جنود ألعاب وسيارات صغيرة.

وإذا توفر المال والمكان الواسع فإنهم ينصحون بغرفة أكبر للعب وكذلك مسرح مفروش بأثاث مخصص للأطفال وصندوق مليء بالرمل، وتقول Axline بأن جميع هذه الألعاب يجب أن ترتّب بشكل مناسب حتى لا "تغمر" هذه الألعاب الطفل ويضيع بينهما.

الشروط الواجب على المُعالِج مراعاتها عند ترتيب نشاطات مجموعة اللعب :

1 - يجب منع الأطفال الذين لديهم اضطرابات سلوكية شديدة جداً من الدخول في هذه الدروس، حيث أن الطالب الذي لديه صعوبة في التجاوب مع القيود المفروضة للسلوك يمكن أن يؤذي الآخرين ويدمر برنامج المدرس.

2 - يجب أن تتماشى دروس العلاج من خلال اللعب مع معايير المدرسة السلوكية، وبالرغم من أن العلاج باللعب يتطلب بيئة منفتحة فإن المدرس سوف يصل إلى نتيجة أفضل إذا اتبع اتجاه توجيهي ومحافظ في تحديد حدود السلوك.

3 - يجب على المدرس أن يتعامل مع العلاج باللعب كجزء من البرنامج الإرشادي. وعلى المدرس أن يوضح للطلاب والإداريين، والآباء وزملائه المدرسين بأن هذه الدروس الإضافية تعمل للوصول وإنجاز عملية التطور والنمو الفعّال لطلابهم.

4 - على المدرس أن يستعمل الحد الأدنى من التجهيزات لتأسيس دروس "العلاج باللعب" Play Therapy، إن فكرة العالمة Axline باستعمال زاوية غرفة الصف للعب هي فكرة مؤسسة وجيدة، وكلما قل طلب المدرس للمصادر لهذا المشروع كلما زادت فرصته بالحصول على قبول للبرنامج.

5 - على المدرس أن يبرمج ويوجه ألعاب الأطفال والفرص كذلك حسب العمر الزمني للطفل أو لكل الأطفال في صفه (Phyllist, 1980).

الأسلوب النفس - تربوي

لقد جاء هذا الأسلوب الذي يجمع بين الجوانب النفسية والجوانب التربوية كخطوة من التحليلين للتغلب على السلبية التي رافقت النظرية التحليلية في أنها تشمل الجوانب التربوية ونظر إلى المدرسة نظرة ازدراء.

ولقد استندوا إلى فرضية مفادها أن مشاكل الطفل تنتج عن تداخل ما بين الطاقات البيولوجية الفطرية، والخبرات الاجتماعية المبكرة وعليه فقد وضعوا هذا الأسلوب لإيجاد التوازن بين أهداف العلاج النفسي والأهداف الأكاديمية والسلوكية.

وتعتبر هذه الاستراتيجية أو الأسلوب مزيجاً من أساليب التحليل النفسي، وأساليب تعديل السلوك، بمعنى أنها تهتم بما يفعله الطفل في المدرسة من سلوكات وفي نفس الوقت لا تهمل البحث في الأسباب مزجياً من أساليب التحليل النفسي، وأساليب تعديل السلوك، بمعنى أنها تهتم بما يفعله الطفل في المدرسة من سلوكات وفي نفس الوقت لا تهمل البحث في الأسباب التي أدت بالفرد لسلوك تلك السلوكات، عدا أنها كأسلوب تهتم بالصعوبات التعليمية الناتجة عن الاضطرابات السلوكية، وتدرس تأثير جماعة الأقران، والظروف البيئية المحيطة بالطفل، ولا تهمل دور المعلم في العلاج.

العوامل التي على المُعالِج مراعاتها عند وضع خطة علاجية تستند إلى الأسلوب النفس - تربوي :

وعلى المُعالِج في هذا الأسلوب أن يراعي مجموعة عوامل عند البدء في وضع خطة العلاج، وهذه العوامل هي:

1- طبيعة المطالب البيئية والضغوط التي تفرضها على الطفل.
2- قدرة الطفل على مواجهة تلك المطالب.
3- علاقة الطفل بجماعات الرفاق.
4- علاقة الطفل بالمدرس.
5- دافعية الطفل لتحقيق السلوك السوي.
6- مفهوم الطفل عن ذاته.

ويلخص (عبد الرحيم ، 1982م) أهم عناصر هذه الاستراتيجية في النقاط التالية:

1- توجد هذه الاستراتيجية مداخل متعددة للتعامل مع الطفل، مدخل السلوك العقلي، ومدخل أسباب السلوك، ومدخل الصعوبات التعلمية التي يواجهها الطفل.

2- إن الطفل يمتلك طاقات فطرية عندما تتفاعل مع الخبرة فإنها تحدد قدرة الطفل على مسايرة المواقف.
3- إذا لم يكن الطفل مزوداً بمهارات النجاح في العمل المدرسي فإنه يواجه الفشل الذي يترتب عليه الإحباط والشعور بالقلق مما يؤدي بدوره إلى سلوك سوء التوافق.
4- إذا تمت مواجهة سلوك سوء التوافق عند الطفل بالعنف من جانب المعلم أو الرفاق، فإن ذلك من شأنه أن يخلق قدراً أكبر من الإحباط للطفل مما يضعه في حلقة مفرغة.
5- كسر تلك الحلقة هو الهدف الأساس لهذا المدخل.
6- الهدف هو تقليل السلوك سيء التوافق وتعليم الطفل مسايرة الحاجات والضغوط.
7- يوضع التركيز على أهمية العلاقة بين المعلم والتلميذ على أساس من وضع تعليمي يتكون من الهيئة التدريسية والزملاء والمواد الدراسية، وعلى دافعية الطفل لتعلم الأشكال المختلفة من السلوك. (ص 188).

ولقد وضع لونج وآخرون، 1971م بعض الاقتراحات التي يمكن الاسترشاد بها عند استخدام هذا الأسلوب وهي:

1- يجب تطوير البيئة التربوية بشكل يسمح بمراقبة المؤثرات النفسية التي يمكن أن تؤثر على التلميذ، وذلك كمراقبة التفاعل بين التلميذ وكل من المدرس والعاملين والأقران والمنهج، وكذلك مراقبة كل من التنظم الاجتماعي للصف، والقيم التي يتبناها المدرس، والتعليمات السلوكية، وغيرها من العوامل التي يمكن أن تؤثر على الجانب النفسي للتلميذ، كما يجب على المدرس أن يكون على وعي بهذه المؤثرات وأن يعمل على تعديل بيئة الصف كي يسهل على التلميذ فرص التكيف النفسي والشخصي.
2- التركيز على علاقة المدرس بالتلميذ، وعلى خصائص المدرس مثل العطف والإحساس والتسامح، وغيرها من الخصائص التي تعتبر هامة ومطلوبة للتعامل مع التلاميذ المضطربين سلوكياً، فالتلميذ المضطرب سلوكياً يجب أن يشعر أن المدرس مهتم بتكيفه الشخصي.
3- يجب أن يمتزج التعلم بالمشاعر الإيجابية، إذ أن التركيز على التعليم فقط بما فيه من عمليات حسابية، وحقائق وقراءة كتب مقررة قد يؤدي بالتلميذ إلى الإحباط والغضب، لهذا يجب التركيز على الأنشطة المرتبطة باهتمامات التلميذ بالإضافة إلى التعليم.
4- مساعدة التلميذ على التعامل مع الضغوط والصراعات النفسية الناتجة عن الخبرات السلبية التي تعرض لها وذلك من خلال التركيز على جوانب محددة من الصراعات أو

الأزمات التي يعاني منها التلميذ، ومساعدته على تبصر المشكلة وتطوير بدائل إيجابية للتعامل مع المواقف التي تسبب هذه الصراعات أو الأزمات.

5- على المدرس أن يكون لديه استعداداً للتعاون مع العاملين في المدرسة والمجتمع لمساعدة التلميذ المضطرب سلوكياً، فتربية التلاميذ المضطربين سلوكياً يجب أن لا تكون مسؤولية المدرس بمفرده بل على المدرس أن يكون قادراً على تنظيم دعوة الأفراد ذوي التخصصات المختلفة (الطبيب، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، معالج النطق، أولياء الأمور)، وغيرهم، وذلك من أجل بناء وتطوير برنامج علاجي للتلميذ.

الأسلوب البيئي

نشأ هذا الأسلوب من افتراض بأن المشكلات الإنسانية تنتج عن العمليات المضطربة التي تقع بين المثير وهو الطفل والمستجيب وهي البيئة (الأسرة، الرفاق، المعلمون)، بمعنى ان اضطراب السلوك هو نقطة من عدم التناسب بين الطفل والبيئة التي تحيط به، وبهذا فإن هذا الأسلوب يعارض الأساليب العلاجية التي تتعامل مع الطفل بمفرده على اعتبار أن اضطربات السلوك هي خصائص كامنة في الفرد نفسه بشكل تام.

وعليه يجب عند التخطيط لبرنامج علاجي للأطفال المضطربين سلوكياً أن نضع في الاعتبار النظام الاجتماعي وأسرة الطفل، والمؤسسات الاجتماعية والأفراد الذين يتفاعل معهم، والمدرسة، وغرفة الصف، والبيئة الطبيعية وغيرها من المؤثرات الاجتماعية.

إن الناظر إلى هذاالأسلوب يجد نفسه مجبراً على تعديل سلوك الطفل، وتعديل ظروف البيئة المحيطة في نفس الوقت على حد سواء، فالجهد منصب هنا في اتجاهين (الطفل والبيئة)، وهذا يصعّب العلاج أحياناً، ويجعله مستحيلاً أحياناً أخرى.

ويقترح (السرطاوي، سيسالم ، 1987م)، بعض الاعتبارات التي يمكن الاسترشاد بها عند استخدام الأسلوب البيئي، وهذه الاعتبارات هي:

1- أن كل طفل جزءاً لا يتجزأ من النظام الاجتماعي ولا ينفصل عنه.
2- يجب أن ينظر إلى الاضطرابات على أنها مرض متواجد داخل جسم الطفل، ولكن ينظر إليها على أنها قصور في التوازن مع النظام الاجتماعي.
3- أن القصور في التوازن مع النظام يفسر على أنه تفاوت ما بين قدرات الفرد ومتطلبات البيئة وتوقعاتها (الفشل في الترابط ما بين الطفل والنظام الاجتماعي).
4- أن هدف العلاج يتمثل في تفاعل الطفل مع النظام الاجتماعي حتى بعد توقفه.
5- أن التحسن في أي جزء من النظام قد يفيد النظام كله.
6- هناك ثلاثة مجالات أساسية للعلاج بالأسلوب البيئي:
   أ- إحداث تغيير في الطفل.
   ب- إحداث تغيير في البيئة.
   جـ- إحداث تغيير في الاتجاهات والتوقعات. (ص، 230)

ولقد قام (هوبز وزملاؤه، 1969م) بتنفيذ هذه الاستراتيجية وأسمو البرنامج إعادة تعليم الأطفال المضطربين سلوكياً (Re-Ed) وتوصلوا إلى عدة مبادئ وهي:

1- وجوب أن يعيش الطفل كل لحظة من حياته بمشاركته في كافة النشاطات المتاحة والتي يمكن له أن ينجح فيها.

2- يعتبر الوقت حليفاً للطفل فقد يتحسن الطفل مع مرور الزمن ومع خضوعه للبرنامج.

3- يجب غرس الثقة في نفوس الأطفال من خلال التفاعل مع البيئة.

4- يجب أن يتم تنظيم البيئة التعليمية بحيث نضمن للطفل تحقيق النجاح الذي يقوده إلى الثقة بذاته واحترامها.

5- ضرورة معالجة الأمراض والتحكم بها وضبطها بدلاً من البحث والتعمق في الأسباب فقط.

6 - على المعلم أن يدرب الطفل على الضبط المعرفي من خلال العلاقة المهنية القائمة بينهما.

7- تطبيع المشاعر وتطويرها وذلك بتنظيم المواقف البيئية التي تسمح بإظهار العواطف والمشاعر تجاه الأقارب والحيوانات وغيرها،

8- إن وضع الطفل أثناء برنامج العلاج مع مجموعة استرشادية أمرضروري بهدف تبادل الخبرة وإجبار الطفل على التفاعل مع الجماعة.

9- توفير كافة الفرص الترويحية والتي تضمن أن يقوم الطفل بالتفاعل النشط معها مما يكسبه الثقة في نفسه وذاته.

10- ضرورة تقوية الجسم بممارسة الأنشطة الرياضية لأن الجسم هو الدرع الواقي للذات.

11- أن تعرف الطفل على المظاهر الاجتماعية أمر بالغ الأهمية من خلال الأنشطة الاجتماعية والزيارات المتكررة للمؤسسات الاجتماعية مما يسهل تقبل الطفل مجدداً في الحياة الطبيعية ويسهل دمجه فيها.

12- يجب أن يشتمل البرنامج العلاجي على فترات من المرح تحبب الطفل به.

وأخير لقد أشار (ابتر 1982م)، إلى أن الحاجة تصبح ماسة للعلاج عند تدهور العلاقة بين الطفل والبيئة، كما وأنه يمكن تتمة المعالجة بالأسلوب البيئي وفقاً لواحدة أو أكثر من الأسباب التالية:

1- العمل مع الطفل: بناء قدرات جديدة، تغيير في الأولويات، توفير المصادر الضرورية، إيجاد بيئات أكثر ملائمة.

2- العمل مع الكبار: تغيير المدركات، إزالة أو خفض التوقعات، زيادة الفهم والمعرفة، إعادة بناء الأنشطة.

3- العمل مع المجتمع: توفير مصادر أكثر للمدرسة، السماح بالدخول في المجتمع بصورة أوسع، تطوير روابط تعاون بين المدرسة والمجتمع.

4- توفير نماذج جديدة للعلاج: التربية المفتوحة، المدارس العامة البديلة، التركيز على الوقاية، تدريس الصحة النفسية. (القاسم وآخرون ، 2000، ص195).

مراجع الفصل الخامس

المراجع العربية :

- إبراهيم، عبد الستار (1988)، علم النفس الإكلينيكي: منهاج التشخيص والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، الرياض: دار المريخ.
- الدماطي، عبد الغفار وآخرون: مترجم (1992)، المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- الزراد، فيصل (1984)، علاج الأمراض النفسية والإضطرابات السلوكية، الطبعة الأولى، بيروت: دار العلم للملايين.
- زهران، حامد عبد السلام (1982)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية، القاهرة: عالم الكتب.
- السرطاوي، زيدان وكمال، سالم (1987). المعاقون أكاديمياً وسلوكياً، الطبعة الأولى، الرياض: دار عالم الكتب.
- سري، إجلال محمد (1990)، علم النفس العلاجي، القاهرة: عالم الكتب.
- الشوبكي، نايفة (1991)، تأثير برنامج الإرشاد المعرفي على قلق الإمتحان لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية في مدينة عمان، رسالة ماجستير غير منشوره، الجامعة الأردنية. عمان - الأردن.
- عبد الرحمن، محمد يوسف (1993) فاعلية برنامج تعزيز رمزي في خفض بعض السلوكات غير التكيفيّة لدى المتلخلفين عقلياً، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان - الأردن.
- عبد الرحيم، فتحي (1928)، سكيولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصّة، الطبعة الأولى، الكويت: دار العلم.
- العسيوي، عبد الرحمن (1994). الأمراض النفسية والعقلية، الطبعة الأولى، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- القاسم، جمال وآخرون (2000). الإضطرابات السلوكية، الطبعة الأولى، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- القريوتي، يوسف والسرطاوي عبد العزيز والصمادي، جميل (1995). المدخل إلى التربية الخاصة، الطبعة الأولى، الكويت: دار القلم.

- الهابط، محمد السيد (1985)، التكيّف والصحة النفسية، الطبعة الأولى، الاسكندرية: المكتب الجامعي.
- الودرني، محمود هاشم (1983)، الأمراض النفسية العصابية، الطبعة الأولى، دار الحوار للنشر والتوزيع.
- يحيى، خولة أحمد (2000)، الإضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الأولى، عمان: دار الفكر.

المراجع الأجنبيّة:

- Alonso, Anne & Swoller, Hillel (1993). **Group Theropy In Clinical Practice**, American Psychiatric, PressInc.
- Apter, J.s, (1982).**Troubled Children, Troubled System**, New York: Pergamon Press.
- Beruard, M.E & Joyce, M. R (1984). **Rational emltive therapy with children and Adolescents: Theory, Treatment Strategies, Preventative Methods**, New york: Awiley - Interscience Publication.
- Buchholz, Schalaer, E (1994). **Group Intervention with children Adolescents, and Parent,** London: Jason Aronson, Inc.
- Carden, L, & FloWer, S. (1984) Positive Peer Pressure: The effecty ot peer monitoring on childreu's disruptive behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 17, 213- 227.
- Corini, R. J. (1979). **Current Psychotherapies**, F.E. Peacock Publishers, luc llinios.
- Dougherty, E & Dougherty, A (1977) . The daily report cars: Asimpilipied and flexible package for classroom behavior managment. **Psychology In the Schools**, 14, 191- 195.
- Dryden, W (1987). **Current Issues in Rational - Emotive Therapy**, London: Groom helm.
- Ellis, A (2000) -a **Challenging Irrational Ideas, Psychological Self.** Help Disclaimer. Copyright, 1995 - 2000. Mental Help Net & CMHC systems.
- Ellis, A (1980). **The Principles and Practice of Rational - Emotive Therapy**, London: Jossey - Boss Publishers.

- Ellis, A. & Grieger, R (1977). **Handbook of Rational - Emotive Therapy**, New York: Springer Publishing, comp.
- Gilliland , B.E. et, al (1984). **Theoris and Strategies in Counseling and Psychotherapy**, New York: Prentice hall, Inc.
- Gorey, G. (1996). **Theory and practice of Counseling and psychotherapy**, washington: Brooks/ cole Publishing company.
- Kellerman, H (1979) **Group psychology and Personalit: Intersecting Structure**, New York: Grune and Statton.
- Martin, G, and Pear, J. (1983). **Behavior Modification What it is how to do it?** (2. nd. ed) Englewood cliffs. N . J.
- Mc Dowell, R. L. Adamson. G.W (1982) **Teaching Emotionally Disturbed Children**, Little, Brown and company.
-Mathews. B Mclaughline, T & Hunsaker, D (1980). Effect of teacher Attention and Activity reinforceers on tasd behavior. **Education and Treatment of children**, v.13, 13 -19.
- Newcomer, P, L. (1980) **Understanding and Teaching Emotionaly Disturbed children**, M.S :Allyn & Bacon.
- Osipow, S.H et, al. (1984), **Asurvey of Counselling Methods**, I llinois: the Dorsey Press.
- Phyllist, L. Newcomer (1980). by allyn & Bacon,Inc, 470, Atlantic Avenue, Boston, **Massachustts**, 02210.
- Rhodes, W.C & Tracy, M,L (1980). **Astudy If child variance**, vol. 2, Interventions, U.S.A: The uneversity of Michigan press.
- Ross, A.O (1981) **Child Behavior therapy: Princi ples, Procedures, and empirical basis**, New York: John Willy and sous.
- Swanson, H.L and Reinert, H,R (1979). **Teaching Strategies for Children With Conflict**, C.V, mosby company.
- Wallace, W.A (1986). **Theories of Counseling and Psychotherapy**. Marchall University, Boston: Allyn & Bacon.
- Warga, C. (1988). **You Are What you Think**, psychology today, 22(9)- 54-58.



الفصل السادس

أبرز أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشائعة لدى الأطفال

- المقدمة
- التوحّـد
- النشاط الزائد وتشتت الإنتباه
- العدوان
- الخجل والإنسحاب الإجتماعي
- القلق
- الاكتئاب
- السرقة
- مراجع الفصل السادس



الفصل السادس

أبرز أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشائعة لدى الأطفال

المقدمة :

إن المشكلات السلوكية والانفعالية التي يظهرها الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً متعددة ومتنوعة، إلا أنه من الضروري تحديد الخط الفاصل بين الصحة العقلية والمرض وخصوصاً في مرحلة الطفولة حيث أن ذلك الخط الفاصل أصعب ما يمكن إكتشافه في مرحلة الطفولة مقارنةً بالمراحل اللاحقة. إن الفرق بين السلوك السوي وغير السوي هو فرق في الدرجة أي في مدى تكرار السلوك، الذي يؤدي إلى حدوث مشكلة لدى الطفل أو الأهل أو المجتمع، فإذا كان عدم الإرتياح الناتج عن السلوك بالنسبة للطفل أو الآخرين يتكرر باستمرار أو كان شديداً بطبيعته أصبح من الضروري الحصول على إرشاد نفسي متخصص أو علاج نفسي للطفل وللأسرة. وكلما زاد ما يُظهره الطفل من سلوك غير سوي وكان سلوكه لا يتناسب مع عمره، وكلما مرّ عليه فترة زمنية أطول، وزادت مقاومته للتغيّر، كلما دلّ ذلك على الحاجة إلى مساعدة متخصصة لحل المشكلة. وسوف نتناول في هذا الفصل أبرز أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشائعة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وإنفعالية بشيءٍ من التفصيل والتحليل .

التوحّد Autism

لمحة تاريخية:

يعتبر كانر (Kanner) أول من قدم وصفاً علمياً للتوحد باعتباره اضطراباً يحدث في مرحلة الطفولة ووضع الخصائص الرئيسة للتوحد التقليدي والتي أهمها: الضعف الشديد في إقامة العلاقات مع الآخرين والفشل في تطوير اللغة المناسبة والميل للعزلة والمحافظة على الروتين.

وبنفس الوقت الذي قدم فيه كانر وصفه للتوحد أعد الطبيب الألماني اسبر جر (Asperger) بحثاً علمياً وصفَ من خلاله مجموعة من الأعراض المرضية التي تتشابه مع الأعراض التي وصفها كانر، وظهر من ذلك الوقت في أدبيات التربية الخاصة مصطلح متلازمة اسبر جر لتدل على أطفال التوحد بين الأكثر قدرة.

وأشار بندر (Bender, 1955) في دراسته للطفل الفصامي بأن الطفل التوحّدي يعاني من اضطراب في جميع مظاهر التآزر العصبي البيولوجي.

وشهد منتصف الستينات من القرن الماضي نشاطاً بحثياً ملحوظاً أكد على نتائج بندر بوجود اضطراب بيولوجي عصبي لدى الأفراد التوحديين إلا أنه لم يتبين إصابة أباء الأطفال التوحديين بأمراض عقلية أو ظهور أنماط شخصية غير عادية لديهم. (Demyer, 1979)

وفي عام (1980) من القرن الماضي صُنف التوحد على أنه إعاقة انفعالية شديدة نتيجة لتعدد النظريات حول التوحد، وأسبابه، ولارتباطه بالمرض العقلي إلا أنه أُعيد تصنيفه من قبل جمعية الأطفال النفسيين الأمريكية بأنه اضطراب شامل في النمو بدلاً من اعتباره إعاقة انفعالية.

وتم تصنيفه في عام (1981) ووضعه ضمن فئة الإعاقات الصحية، حيث أُعتمد التصنيف بناءً على توصيات مقدمة من قبل عدة منظمات دولية مثل الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society for Autistic children) والمعهد الوطني للاضطرابات العصبية واضطرابات التواصل. (البلشة، 1994)

وفي صيف عام 1994م تم اعتبار التوحد في الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات

العقلية بأنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تضم إضافة للتوحد متلازمة ريت واضطراب فصام الطفولة ومتلازمة اسبر جر. (Publications of NICHCY, 2000)

تعريف التوحد

يجد القارئ عند مراجعة الأدب التربوي عدداً كبيراً من التعاريف لاضطراب التوحد، حيث يعكس تطور التعريف مدى التقدم في الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين وعند تناول هذه التعريفات لا بد من الإشارة إلى جهود "كانر" في هذا المجال، حيث أوضح "كانر" أن الأطفال التوحديين يصابون بالتوحد منذ الولادة، ويعانون من عدم القدرة على التواصل مع الآخرين، وقد لا تتطور لديهم اللغة أو تتأخر في المراحل العمرية الأولى كما وفي حالة وجود اللغة فإنها تتصف بالصدى، ويتصف الأطفال التوحديين بمقاومة التغير في البيئة، ووجود نمطية في اللعب، وضعف القدرة على التخيل ويتمتعون بذاكرة ونمو جسدي طبيعي. (البلشة، 1994)

التوحد هو اضطراب نمائي مزمن وخطير يتضمن الإعاقة في تطور اللغة والوظيفة الاجتماعية، واللعب وصعوبات في فهم المشاعر والتعبير عنها، والاستجابة غيرالمناسبة للمواقف الاجتماعية، وقد تكون هذه الإعاقة أو الصعوبات بسيطة أومتوسطة أو شديدة. (Diseny Encyclopidia, 1999)

التوحد هو اضطراب نمائي عصبي يظهر قبل عمر 3 سنوات ويشترك مع الاضطرابات الأخرى في العديد من الصفات ويؤثر على قدرات الطفل في جوانب التواصل واللغة الاستيعابية واللعب والعلاقة مع الآخرين. (Publications of NICHCY, 2000)

التوحد تأخر نمائي يتضمن العديد من الأعراض مثل الصعوبات النطقية وعدم وجود التواصل البصري والعزلة وعدم الخوف من الخطر. (Mehl, A, 2000)

يُعتبر من أشهر التعاريف تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society for Autistic children, NSAC) عام 1978 حيث يشير بأن التوحد "هو اضطراب أو متلازمة تُعرف سلوكياً، وتظهر مظاهره الأساسية قبل أن يصل الطفل إلى 30 شهراً ويتضمن الاضطراب في المجالات التالية: سرعة وتتابع النمو، الاستجابة الحسية للمثيرات، الكلام أو اللغة أو السعة المعرفية، التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات". (القريوتي وآخرون، 1995)

وحددت الرابطة الأمريكية للطب النفسي (Amcrican Psychiatric) معايير يمكن من خلالها الحكم على وجود التوحد وهذه المعايير هي:

1. بداية ظهور الاضطراب قبل (30) شهر من عمر الطفل.
2. العجز الواضح وعدم القدرة على الاستجابة للآخرين.
3. صعوبة في تطوير اللغة، وفي حالة وجود اللغة فإنها تأخذ أشكال شاذة مثل ترديد ما يقوله الآخرون وعكس الضمائر والسرعة في الكلام.
4. الاستجابات الشاذة للتغيرات المختلفة التي تحدث في البيئة.
5. عدم وجود الأوهام والهلاوس وفقدان الترابط والتفكك في الأفكار كما هو الحال في حالة الفصام. (البلشة، 1994)

ومن خلال استعراض التعاريف السابقة وتحليلها يمكن الاستنتاج بأن التوحد هو اضطراب نمائي عصبي معقد ومزمن ومتداخل يظهر في الـ (3) سنوات الأولى من حياة الطفل في جميع المجتمعات بغض النظر عن اللون أو الجنس أو الدين أو المستوى الاقتصادي والاجتماعي ولم يتم التوصل لأسبابه بشكل واضح ويتضمن الإعاقة في تطور المجالات التالية:

1. اللغة الإستقبالية والتعبيرية.
2. الجانب الاجتماعي والعلاقة مع الآخرين.
3. اللعب والتخيل.
4. فهم المشاعر والتعبير عنها.

نسبة انتشار التوحد

يعتبر التوحد من الإعاقات الأقل انتشاراً وظلت النسبة التقليدية مسيطرة لفترة طويلة نسبياً حيث تراوحت النسبة ما بين (4 -5) لكل عشرة آلاف مولود إلا أن تغير تعريف التوحد وامتداد العمر إلى (36) شهراً بدلاً من (30) شهراً، إضافة لتوسع مفهوم التوحد الذي أصبح لا يقتصر على فئة التوحد التقليدي التي وصفها كانر أدى إلى إزدياد النسبة حيث يمكن تقديرها ما بين (15 -20) لكل عشرة آلاف مولود وكما أن التوحد ينتشر عند الذكور بمعدل ثلاثة إلى أربعة أضعاف مقارنة مع الإناث.

أسباب التوحد

اختلف الباحثون حول الأسباب التي قد تسبب التوحد وما زالت الأبحاث تتوالى يوماً بعد يوماً في محاولة لاكتشاف الأسباب التي قدٌم تؤدي إلى إجراءات مستقبلية في الوقاية من هذا الاضطراب، لذلك يُعتبر كل ما قدٌم من إسهامات علمية في هذا المجال مجرد نظريات في الموضوع لم يثبت مسؤولية سبب إحداها بمعزل عن الأخر وتقسم هذه النظريات إلى مجموعتين رئيسيتين:

أولاً: النظريات القديمة:

اعتقد كانر بأن الوالدين يتحملان المسؤولية وخاصة الأم بإصابة طفلها بالتوحد (ولذلك لعدم تزويده بالحنان والدفء الكافيين) كما اعتقد بانتشاره في الطبقات الغنية ويذكر البلشة (1994) إقتراح باتليهايم (Batleheime) أن التنشئة التي نشأ بها الأطفال التوحديين لم تكن تسمح لهم بتفاعلهم مع آبائهم بطريقة صحيحة، وقد تأثر سلوك هؤلاء الأطفال بآبائهم لذلك فالتوحد هو وسيلة الدفاع التي يستخدمها الطفل ضد عدم قبوله عاطفياً من قبل الوالدين وعَدَل باتليهايم افتراضه فيما بعد وقال أن الأم تلعب دوراً أساسياً في حدوث هذا الاضطراب وفسر ذلك لعدم قرب الأم من الطفل في الأشهر والسنوات الأولى من عمر الطفل وعدم تفاعلها معه بشكل طبيعي.

كما ويذكر البلشة أن فرستر (Ferster) يعتقد أن سبب التوحد هو عدم حصول هؤلاء الأطفال على معززات إيجابية كافية لتشكيل سلوكهم، وعدم توفير الانتباه الكافي للطفل مما نتج عن ذلك عدم تعلم الطفل الاستجابة للأشكال المعتادة من المعززات الاجتماعية (البلشة، 1994)

ونتيجة لهذه الفرضيات عانت الأسرة معاناة كبيرة لإعتقادها بأنها هي السبب في إعاقة طفلها وأثبتت نتائج البحث العلمي عدم صحة هذه الفرضيات، وأصبح يُشار إلى هذه الفرضيات بأنه جزء من تاريخ التوحديين فقط.

ثانياً: النظريات الحديثة:

هناك مجموعات من النظريات التي تحاول تفسير التوحد في الوقت الحاضر لعل من أبرزها ما يلي:

1. العوامل الوراثية والبيولوجية:

فعلى الرغم من عدم إشارة الدراسات إلى أن أقارب الأطفال التوحديين أكثر عرضة

من غيرهم للإصابة بالتوحد إلا أنها تشير بأن نسبة عالية منهم يعانون من اضطرابات كلامية وصعوبات تعليمية وإعاقات معرفية بسيطة.

وفسر تقرير (Utar) إلى أنه تم دراسة (44) طفل ينحدرون من (11) أسرة يعاني الأب في كل أسرة من هذه الأسر من التوحد. وأظهرت النتائج إصابة 25 طفل من الـ (44) بالتوحد.

2. العوامل الجينية:

تشير الدراسات على التوائم المتطابقة أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون احتمالية إصابة الآخر بالتوحد بنسبة لا تقل عن 90٪ كما وتشير إلى حدوث خلل في الكروموسومات خلال أول (20 -24) يوم من الحمل أو في الثلاث أشهر الأولى وتفترض بعض الدراسات أن الخلل يكمن في الكروموسومات (15.13.7).

فيما يذكر البلشة (1994) دراسة لجد وماندل (Judd& Mndell) أظهرت أن نسبة حدوث الاضطراب في التوائم المتطابقة قريبة لأن تكون 100٪ ويكمن ضعف هذه الدراسة لاستنادها لعدد قليل من التوائم المتطابقة. (البلشة 1994).

3. الأسباب الأيضية:

بعض الأفراد التوحديين غير قادرين على الهضم الكامل للبروتينات، خصوصاً البروتين الموجود في مادة القمح ومشتقاته، والمسمى بالجلوتين، والبروتين الموجود في الحليب والمسمى بالكارين حيث يؤدي استمرارية عدم الهضم الكامل لهذين البروتينين إلى تكوين مادة الببتيد- وهي مادة تشبه المورفين، وتؤثر هذه المادة غير المهضومة جيداً على الجهاز العصبي بشكل يشبه تأثير المورفين أو الأفيون لدرجة أن الجزيء الواحد من الببتيد له تأثير أكبر بـ (10) إلى (30) مرة من جزيء المورفين.

وقد أثبتت الدراسات هذه العلاقة السببية بين اضطراب هضم البروتينات واضطراب التوحد عن طريق نجاح الأغذية الخالية من بروتين الكارين والجلوتين في تخفيض أعراض التوحد.

4. التلوث البيئي:

على الرغم من عدم وجود الدليل الكافي الذي يثبت أن التلوث البيئي أحد أسباب التوحد إلا أنه يتنامى في الوقت الحاضر اهتمام الباحثين بمادة التكسين (Toxin) وهي مادة سامة تؤثر على الدماغ وجهاز المناعة بأكمله، حيث تبين ازدياد نسبة انتشار التوحد

في المدن الصغيرة مثل (Leomenster& Massaachusetrs) التي تكثر فيها مصانع النظارات وبالتالي ازدياد مادة التكسين المنتشرة من مداخن هذه المصانع، ويجب التذكر بأن المصانع ليست وحدها التي تسبب التوحد فهناك أيضاً عوادم السيارات والزئبق، والمبيدات المختلفة التي تؤثر على جهاز المناعة. (Rimland, 1998, A)

5. التطعيم:

يشتبه ريملاند وآخرون بوجود علاقة ما بين مطعوم السعال الديكي DPT وبين الإصابة بالتوحد وذلك اعتماداً على مقابلاته للآباء اثناء تعبئة القائمة التشخيصية (E- 2) ويذكر ريملاند أن كولتر وفيشر (H. L Colter& Fesher) يشيران في كتابهما: DPT shot in the dark الصادر في عام 1985: أن ظهور التوحد لأول مرة كان في الأربعينات وهي بعد سنوات قليلة من الانتشار الكبير لمطعوم السعال الديكي في الولايات المتحدة الأمريكية. (Rimland, 1998)

خصائص الأفراد التوحديين

يوصف التوحد بأنه اضطراب فريد يضم مجموعة غير متجانسة في القدرات والخصائص لدرجة أن الطفلين المتشابهين في التشخيص والقدرات والظروف الأسرية يختلفان أكثر مما يتشابهان، فنجد بعض الأفراد التوحديين انعزاليين تماماً وبعضهم يظهر سلوك اجتماعي في بعض المواقف، وبعضهم لديهم قدرات لغوية متوسطة بينما البعض الآخر لم تتطور لديه اللغة وهكذا.

ويختلف الطفل التوحدي عن الأطفال الآخرين في مرحلة الرضاعة حيث يُقوس ظهره عند حمله محاولاً تجنب الإتصال الجسدي، كما يوصف بأنه طفل متهيج وغامض حيث يعود وصفه بالغموض كونه طفل هادئ معضم الوقت معتمداً على والديه، أما وصفه بالمتهيج بسبب نوبات البكاء التي تعتريه ويصعب أحياناً إيقافها إضافة إلى ضرب رأسه في السرير. (Edelson, 1995)

وفي بعض الأحيان يصل الطفل التوحدي إلى المهام النمائية مثل الزحف والمشي بعمر أبكر من العمر المتوسط كذلك قد يبدو طبيعي حتى عمرر 18 شهر أو عمر سنتين إلا أنه عند تَأمل الوالدان في طفولة ولدهما يتبين لهما أنه كان غير مستجيب أو بعيد عنهم أو مريض جداً ... الخ.

وتزداد فاعلية ملاحظة الأبوين عند بدء الطفل بالمشي فقد يُلاحظا سلوكات أخرى

مثل إصرار الطفل على اتباع نفس الروتين ونسيان أصوات الأخرين وعدم تطور اللغة بشكل جيد فهو غير قادر على تشكيل جملة ذات معنى رغم قدرته على إعادة كلام المتحدث (الصدى الصوتي). (The Diseny Eneyclopideia, 1999)

وقد يظهر الطفل التوحدي انهيار في العديد من مجالات التطور خصوصاً فيما يتعلق بالتواصل والمهارات الاجتماعية والمعرفية ويبدأ ظهور الاختلال الوظيفي على شكل الاستثارة الذاتية والمشكلات في الطعام واضطرابات النوم وضعف الاتصال البصري والحساسية للأم والنشاط الزائد وعدم الانتباه. (Edelson, 1995, E)

ويواجه الأطفال التوحديين صعوبات أخرى عند وصولهم إلى مرحلة البلوغ حيث يتعرض تقريباً 20٪ منهم لنوبات مرضية في الفترة الأولى لمرحلة البلوغ، والتي قد تكون بسبب التغيرات الهرمونية، كما يمكن خلال هذه الفترة تكرار العديد من المشكلات وازدياد درجة شدتها. (Edelson, 1995, E)

ويمكن تقسيم الصفات التي يظهرها الطفل التوحدَي إلى خمسة مجالات رئيسة هي:

أولاً: المجال اللغوي:

بعض الأطفال التوحدين لا تتطور لديهم اللغة التعبيرية لذلك لا يتكلمون وبعضهم قد يفقد القدرة على الحديث بعد تطورها أما الأفراد التوحديين الذين تتطور لديهم اللغة فتتصف بالتأخر والبطء الشديد. وتتضمن أشكال غريبة للكلام، استخدام الكلمات دون ربطها مع معانيها المعتادة، وحتى الأشخاص القادرين على استخدام اللغة بفاعلية يستخدمونها ضمن استعارات غير عادية، ويكون صوتهم على وتيرة واحدة. (Primer, 2000)

ويشير بعض الباحثين أن 50٪ من الأفراد التوحديين لا تتطور لديهم لغة أو لديهم لغة بشكل بسيط و25٪ منهم لديهم صدى صوتي يتمثل بإعادة الكلمات أو المقاطع بينما البقية قادرون على اكتساب مهارات اللغة الطبيعية. (Mehl, b, 2000)

وترى تميل جراندين (Tempel Grandin) أن الصدى هو عبارة عن ظاهرة إيجابية حتى مع عدم إدراك الطفل لمعاني الكلمات، فالصدى يشير إلى أن مخ الطفل يعالج اللغة لذلك يجب تعليم الطفل أن الكلمات التي يستخدمها هي للتواصل فإذا قال الطفل تفاحة يجب إعطائه تفاحة فوراً وبذلك يتعلم الطفل أن يقرن كلمة تفاحة بالتفاحة الحقيقة. (Gardin, 1998).

ثانياً : المجال الاجتماعي :

يتجنب الأفراد التوحديين التواصل البصري مع الآخرين، ويتصف الأطفال التوحديين بضعف في اللعب مع الأقران مما يؤدي إلى فشلهم في تطوير الصداقات وعدم القدرة على فهم مشاعر الآخرين (Primer, 2000).

ويشير إديلسون (Edelson) إلى معاناة الأطفال التوحديين من القصور في الإدراك الاجتماعي فهم لا يدركون مشاعر الآخرين الخاصة أو أفكارهم وخططهم، ويجدون صعوبات في فهم معتقدات وأمزجة الآخرين، وعدم القدرة على التنبؤ بأفعال أو أقوال الآخرين، وتصنّف الصعوبات الإجتماعية التي يواجهونها إلى ثلاث مجموعات هي:

1. الإنعزال الاجتماعي (Socially avoidant) مثل الغضب والهروب وإنحناء الظهر لتجنب الاحتكاك مع الأشخاص الآخرين وقد يعود ذلك للحساسية (السمعية، البصرية، واللمسية) الزائدة التي يعانون منها.
2. عدم المبالاة الاجتماعية (Socially indefferent) وتتضح بعدم المبادرة إلى إقامة علاقات مع الأشخاص الآخرين، وقد يعود ذلك إلى كمية مادة بيتا- اندروفين (Beta-Endropins)- التي تزداد عند التفاعل الاجتماعي مع الآخرين وتُشعر الفرد بالسعادة - هي أصلاً موجودة عند الأفراد التوحدين بشكل كبير.
3. السلوك غير الملائم اجتماعياً (Socially awkward) ويتمثّل بعدم القدرة على الإحتفاظ بالصداقات لفترات طويلة بسبب عدم اتقانهم للمهارات الاجتماعية وعدم احترامهم لقرارات المجموعة. (Edelson, 1997)

ثالثاً: الاستجابات الحسية:

يظهر الأفراد التوحديون أشكال غير متناسقة من الاستجابات الحسية، حيث يبدو الطفل التوحدي كالأصم فهو في الوقت الذي لا يستجيب فيه للأصوات المرتفعة قد يتألم بشكل كبير لبعض الإزعاجات اليومية مثل المكنسة الكهربائية أو نباح كلب كما ونجده أحياناً يُظهر حساسية عالية جداً للألم وبنفس الوقت لا يحس بالبرودة أو الحرارة أو يستجيب لأي منها بشكل كبير. (Primer, 2000)

ويظهر بعض التوحديين خاصيّة الانتقائية الزائدة (Stimuis Overselectivity) التي وصفها لأول مرة لوفاس وزملائه (Lovas and Others) في عام 1971 وتشير هذه الخاصية إلى تركيز الفرد التوحدي على جزء واحد من الشكل أو المحيط (ربما جزء غير

مهم) وترك الأجزاء الأخرى (ربما الأكثر أهمية) مثل تركيز الطفل في زر قميص الشخص وعدم التركيز في ملامح وجهه الرئيسية، أو سماع الطفل لفتح شخص غلاف قطعة الحلوى وعدم سماعه الصوت المرتفع، وهذا السلوك يجعل الوالدين يشكان في إصابة ولدهم بالصمم.

وتزيد هذه الصفة من صعوبة تعليم الطفل التوحدي، فعلى سبيل المثال عند تعليم الطفل التوحدي تمييز الشوكة من المعلقة قد يركز الطفل على الفرق في اللون (وهو غير ذات أهمية) أكثر من تركيزه على تميز الشكل وبذلك يجد الطفل صعوبة كبيرة في محاولة تحديد الأداة المطلوب استخدامها وافترض الباحث نظريتين لتفسير هذه الخاصة.

أولاً: تمتع هؤلاء الأفراد بتركيز شديد جداً منذ الولادة مما يصعب عليهم توسيع مجال انتباههم.

ثانياً: عدم قدرة هؤلاء الأفراد على المتابعة أو الانتباه للشكل كاملاً لأنه مُربك ومشتت فيحالون تبسيطه بالتركيز على جزء صغير فقط. (Edelson, 1995, B)

وتشير تمبل جراندين إلى صعوبة إداء الطفل التوحدي لمهارتين حركيتين في آن واحد، كما توضح الأبحاث وجود تأخر في حركة أجسامهم من اليمين إلى اليسار، لذلك يُمثل عمل جميع أعضاء الجسم معاً عملاً ضخماً بالنسبة للأطفال التوحديين. (العمر، 1998).

رابعاً: القدرات الخاصة:

على الرغم من أن معظم الأشخاص التوحديين لديهم إعاقة عقلية بدرجات مختلفة وأن 20٪ منهم فقط لديهم درجة ذكاء عادية أو فوق العادية، إلا أن بعضهم يمتلكون مهارة فائقة في الموسيقى والحساب وغيرها من المهارات وقد يصل بعضهم إلى المراحل النمائية مثل الكلام والزحف والمشي بعمر مبكر. (Autism Primer, 2000)

ويوجد لدى الطفل التوحدي التقليدي بعض الحواس التي يكون أداؤه فيها بشكل جيد بغض النظر عن المشكلة التي لديه، وهي على نوعين:

الأول: مهارات استقلالية غير لفظية كالتي تشاهد عند الأطفال البكم وقد تتضمن تجميع الأجزاء الميكانيكية والكهربائية أو ألعاب الألغاز إلا أنه قد يجمعها بشكل مقلوب رغم صحة التجميع، وتكون هذه المهارات جيدة عند الطفل إلا أنها دون مستوى الطفل العادي، ومعظم هؤلاء الأطفال يحبون الموسيقى، وبعضهم يمكنه الغناء بشكل جيد، وتختفي هذه القدرة أو تقل في الطفولة المتأخرة، كما أن القليل من الأطفال التوحديين من يتعلمون العزف على آلة موسيقية.

الثاني: المهارات التي تعتمد على الذاكرة التي يمكن إظهارها بسهولة لدى الأطفال الذين يستطيعون الكلام حيث يبدو الطفل الذي يظهر نمط التوحد التقليدي أنه قادر على تخزين بنوداً في ذاكرته فبعضهم يمكن أن يتذكروا كلمات لأغاني وأشعار، أو قائمة طويلة لأسماء بعض الأطفال، ويمكن أن يتذكروا مواعيد القطارات والباصات، ويبدي بعضهم قدرة على إجراء عمليات الجمع في ذاكرتهم، ولكنهم لا يستطيعون توظيف هذه القدرات بطريقة ملائمة فقد تستطيع طفلة كتابة جداول الضرب من (2 -12) ولكنها لا تسطيع إيجاد ناتج (3 × 2) (يحيى، 2000).

خامساً: النشاطات والاهتمامات:

يظهر الأفراد التوحديين تقيداً واضحاً في النشاطات والاهتمامات، ويمكن أن يقوم الطفل التوحدّي بالعديد من السلوكات النمطية. ويشير إديلسون (Edelson) إلى أكثر أشكال السلوك النمطي شيوعاً عند الأفراد التوحديين وهي:

- حاسة السمع: سد الأذنين، طقطقة الأصابع، إصدار أصوات مسموعة.
- اللمس: حك وهرش أو خدش الجلد باستخدام اليد أو أشياء أخرى.
- الحس (Vestibular): الاهتزاز للأمام والخلف والاهتزاز للجانبين.
- الذوق: وضع الأشياء في الفم أو لعق الأشياء.
- الشم: شم الناس والأشياء (Edelson, 1995, C).

وقد يظهر الفرد التوحدي سلوك إيذاء الذات حيث يعرفه إديلسون (Edelson) بأنه أي سلوك يصدر عن الطفل ويُؤدي إلى تهتك أنسجة الجسم مثل الخدوش والجروح وعض اليدين وضرب الرأس أو هرش الجسم ويعود سبب هذا السلوك لمجموعة من الأسباب النفسية والاجتماعية، وتعتبر الطريقة المثلى لمعرفة الأسباب هي التحليل الوظيفي للسلوك عن طريق معرفة المثيرات السابقة واللاحقة لحدوثه باستقصاء الأسباب الاجتماعية أولاً وفي حالة عدم ثبوتها يتم اللجوء إلى الأسباب النفسية .

ولعل أهم الأسباب الاجتماعية هي:

1. جذب انتباه الآخرين
2. الهروب من انجاز المهام الموكلة للطفل.
3. الحساسية الزائدة للأصوات.

أما أهم الأسباب النفسية هي:

1. يرافق سلوك إيذاء الذات إصدار كمية إضافية من مادة بيتا- أندروفين الموجودة في الدماغ والتي تؤدي إلى شعور الطفل بالسعادة الداخلية.
2. نتيجة حوادث عَرَضية لنوبات مرضية والتي قد تتضح برسم غير طبيعي لـ EEG
3. قد يكون ضرب الرأس أو إيذاء الذات بسبب إصابة في الأذن الوسطى.
4. مرور العضوية بإستثارة بيئية تفوق تحمل الحواس بشكل كبير، فينهمك الشخص بهذا السلوك ليعيق هذه الإثارة الزائدة عن طريق تركيز الانتباه لداخل الجسم.
5. يعتبر أحد أشكال الإستثارة الذاتية أو السلوك النمطي الذي يتصف بالتكرار ويسبب إثارة للجسم (Edelson, 1995, D).

ويعتبر السلوك الروتيني من أكثر خصائص الأطفال التوحديين انتشاراً حيث قد تعتري الطفل نوبات غضب شديدة في حالة حدوث أي تغير ولو بسيط على روتينه المعتاد وربما يشعر بألم شديد لذلك بسبب عدم فهمه للمواقف الجديدة ومن الأمثلة المشهورة في هذا المجال شرب الطفل التوحدي أو أكله نفس نوع الطعام في كل وجبة، استخدام نفس الطريق ونفس الجدول اليومي ولبس نفس الملابس القديمة ومقاومة لبس الملابس الجديدة. (Edelson, 1995, E)

تشخيص التوحد

تنبع أهمية التشخيص الدقيق من معرفة احتياجات وقدرات الأطفال وبالتالي تصميم البرامج التربوية المناسبة لهم واختيار الوسائل والأساليب التعليمية التي تلائم قدراتهم.

وقد صادفت فئة التوحد العديد من المشكلات في التشخيص منذ وصفها كانر عام 1943م إلى وقتنا الحاضر الذي تتوالى فيه الأبحاث يوماً بعد يوم، في محاولة للوصول إلى أدوات قياس يمكن الوثوق بها إلى حد مقبول.

ويعود ذلك لطبيعة التوحد باعتباره يضم فئة من الأطفال غير المتجانسين في قدراتهم وصفاتهم، ولمرافقة التوحد في كثير من الأحيان لإعاقات أخرى كالتخلف العقلي والصرع وغيرها إضافة لتشابهه مع كثير من الإضطرابات الأخرى ويعتمد تشخيص التوحد في الوقت الحالي على منحى تكاملي عن طريق الأدوات الرسمية وغير الرسمية في محاولة تحديد فيما إذا كان الطفل يعاني من اضطراب التوحد أم لا، والوقوف على أهم نقاط

القوة والنقاط التي بحاجة إلى تطوير وتنمية ويمكن تقسيم الطرق التشخيصية إلى قسمين رئيسين:

أولاً: الملاحظة السلوكية التشخيصية:

يولي الباحثون الملاحظة السلوكية التشخيصية أهمية كبرى في تشخيص التوحد، حيث من الممكن أن تزود الإخصائين بملاحظات قيمة ومعلومات تغفلها الإختبارات والمقاييس.

ويجب الاهتمام بظهور أكبر عدد من الصفات السلوكية. بشكل حاد مقارنة مع الفئة العمرية التي ينتمي إليها الطفل ولفترة طويلة نسبياً.

تعتبر ملاحظة المعلم الدقيقة والمباشرة للطفل ذات أهمية كبيرة، كونه يقضي عدد كبيرمن الساعات مع الطفل خلال اليوم الدراسي، **والبعض يعتبر دور المعلم ذا أهمية أكبر من أهمية دور الآباء للأسباب التالية:**

1. المعلمون مدربون عادة لفهم تطور الشخصية ومراحل النمو المختلفة لدى الأطفال.
2. الخبرة الميدانية الكبيرة التي يتلقاها المعلم في غرفة الصف مما يتيح له الفرصة للحكم على السلوك غير العادي.
3. زيادة الاحتكاك والتفاعل بين المعلم والطلبة نظراً للساعات الطويلة التي يقضيها المعلم مع الطلبة. (البلشة، 1994)

لذلك يجب على المعلم والأخصائي النفسي أن يكون لديهما خبرة واسعة حول التوحد والتأكيد على تشخيص الطفل من خلال فريق متكامل يضم: أخصائي نفسي، وأخصائي أعصاب وأخصائي نمو وأخصائي تربية خاصة ومعالج نطق وأية تخصصات أخرى تستدعيها حالة الطفل.

تُعتبر النقاط الرئيسية التي وصفها كانر أول دراسات لأعراض التوحد حيث لها فائدة كبيرة في التشخيص وهذه الأعراض هي:

1. ضعف شديد في التواصل الفعال مع الأشخاص الآخرين.
2. رغبة مفرطة في المحافظة على الروتين والرتابة.
3. الإعجاب بالأشياء التي تُمسك باستخدام العضلات الدقيقة.
4. نمط من اللغة يبدو أنه لا يخدم عملية الاتصال.
5. مستوى من الذكاء وقدرة معرفية جيدة معتمد على الذاكرة وتظهرر من خلال مهاراتهم على الاختبارات الأدائية.

وصدر تقرير عن الجماعة البريطانية العاملة سنة (1971) مكون من قائمة من تسع نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة (Creak's Nine Point) لاستخدامها في تشخيص الأطفال التوحديين وهذه النقاط هي:

1. اضطراب العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
2. عدم إدراك الهوية الشخصية بشكل يناسب العمر الزمني.
3. إنهماك غير طبيعي بموضوعات محددة.
4. مقاومة التغير في الألبسة والمحافظة على الروتين.
5. خبرات إدراكية غير طبيعية.
6. قلق متكرر غير مبرر منطقياً.
7. عدم اكتساب الكلام أو فقدانه أو الفشل في تطويره بشكل يناسب العمر الزمني.
8. اضطراب في الأنماط الحركية.
9. تأخر واضح في بعض المحاولات أو وظائف عقلية غير عادية.

إلا أن رتر (Rutter) ولوكير (Lockear) انتقدا هذه النقاط التسعة واستبدلوها بقائمة شطب شملت: العلاقات، والكلام، والحركة، والتركيز وإيذاء الذات والإستجابة للألم والمشكلات السلوكية. (يحيى، 2000)

ثانياً: الأدوات والمقاييس

ظهر العديد من الأدوات والمقاييس التي حاولت تشخيص التوحد ولعل أبرزها:

أ- الدليل الاحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM- IV)

ظهر الدليل الاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية في صيف عام 1994م، وقد تم في هذا الدليل اعادة تعريف التوحد وذلك لاغفال الدليل الاحصائي الثالث (DSM- III) للاضطرابات المشابهة للتوحد مثل متلازمة اسبرجرر، وبالتالي حرمان الاطفال الذين يظهرون نمط التوحد غير التقليدي من الخدمات في المدارس العامة.

وحسب الدليل الاحصائي الرابع تم وضع التوحد في المحور الأول ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة التي يمكن أن تتطور وتتحسن بالتدخل بينما كانت في الدليل الاحصائي الثالث ضمن المحور الثاني الذي يشمل التخلف العقلي واضطرابات الشخصية التي تستمر لفترة طويلة.

وتم في الدليل الاحصائي الرابع تخفيض أعراض التوحد الى (12) عرض بدلا من (16) عرض كانت في الدليل الاحصائي الثالث. (Edelson, 1995, F)

ويشترط الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع للاضطرابات العقلية في تشخيص التوحد وجود ثلاثة محكات رئيسة هي:

المحك الأول: توفر ستة أعراض على الأقل من المجموعات الثلاثة التالية على أن تتكون هذه الأعراض الستة من (2 من المجموعة الأولى وواحدة من كل من المجموعة الثانية والثالثة) على الأقل وهذه المجموعات هي:

المجموعة الأولى: صعوبات في التفاعل الاجتماعي وتظهر في اثنتان مما يلي:

1. عجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل تحديق العينين والإيماءات والأوضاع الجسمية وتعبيرات الوجه.
2. الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران ممن هم من نفس العمر الزمني.
3. إفتقار الرغبة في مشاركة الآخرين والإستمتاع والاهتمامات والتحصيل.
4. الإفتقار لتبادلية السلوكيات الاجتماعية والإنفعالية.

المجموعة الثانية: صعوبات في التواصل تتضح في واحدة على الأقل مما يلي:

1. إفتقار أو تأخر اللغة المنطوقة (مع عدم مصاحبتها للتعويض من خلال وسائل الإتصال الإخرى والإشارات والأيماءات).
2. في حالة وجود اللغة هناك صعوبات في المناقشة أو الإستمرار في الكلام.
3. النمطية والتكرار في استخدام اللغة.
4. قصور في اللعب أو التقليد الاجتماعي المناسب.

المجموعة الثالثة: النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات تتضح في واحد على الأقل مما يلي:

1. الإنشغال بواحدة أو أكثر من السلوك النمطي والاهتمامات غير العادية.
2. الالتزام بطقوس روتينية محددة غير وظيفية.
3. حركات جسمية نمطية متكررة (مثل رفرفة اليدين، لولبة الخيط، حركات معقدة لكامل الجسم).
4. الإنشغال المستمر بأجزاء الموضوعات.

المحك الثاني: تأخر في وظيفة واحدة على الأقل من الوظائف التالية على أن يكون التأخير قبل عمر 3 سنوات.

المحك الثالث: أن لا تكون هذه الأعراض عائدة إلى اضطراب ريت .Rett (American Psychiatric Association, 1994)

ب- القائمة التشخيصية للأطفال ذوي اضطرابات السلوك (E- 2)

Diagnostic checklist for Behavior Distrubed children

وهي استبانة استرجاعية يجيب عليها الوالدان، صممت للمساعدة في تشخيص الأطفال التوحديين أو الذي يظهرون صفات توحدية أو أولئك الأطفال الذين لديهم تأخر نمائي أو اضطرابات مشابهه أو اضطرابات لها علاقة بالتوحد وذلك بالتركيز على السلوك واللغة، للأطفال ما بين عمر (3 -5) سنوات.

نُشرت قائمة (E- 2) في عام 1964 على يد ريملاند وطبقت على أكثر من (35) ألف حالة في أكثر من (4) بلداً في العالم حتى شهر آب لعام 2000م.

وتتراوح الدرجات على قائمة (E- 2) ما بين (-45) كحد أدنى و (+45) كحد أعلى ويبلغ متوسط درجات الأطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم توحديين على امتداد العالم (-2) وتُميز القائمة بين ثلاثة أنواع من التوحد هي:

1. **التوحدي التقليدي (الكلاسيكي) متلازمة كانر:** وهم أولئك الأطفال الذين تتراوح درجاتهم على القائمة (+20) فما فوق، وتعتبر نسبة هؤلاء الأطفال نادرة، حيث تتراوح ما بين (5 -10)٪ من الأطفال التوحديين فقط.
2. **التوحد:** وتقع ضمن هذه الفئة أغلبية الأطفال التوحديين والذين تتراوح درجاتهم ما بين (-15 إلى +19).
3. **الصفات التوحدية:** ويُنظر إلى هؤلاء الأطفال أنهم ليسوا توحديين تماماً وأنما لديهم بعض خصائص التوحديين وتبلغ درجتهم (-16) فما دون.

وتشير القائمة أن الأطفال الذين تتراوح درجاتهم ما بين (-25 إلى– 30) لا تناسبهم البرامج التعليمية المنظمة للأطفال التوحديين.

ج- قائمة تقدير التوحد الطفولي The childhood Austism Rating scale

واختصارها (CARS) قام بتطويرها سكوبلر وآخرون (Schopler et. al) وتتكون هذه القائمة من (15) بعد، ومن هذه الأبعاد: العلاقات مع الآخرين، التقليد، العاطفة، والتكيف

لتغيرات البيئة، الاستجابات البصرية، التواصل اللفظي وغير اللفظي، مستوى النشاط، والوظائف المعرفية، والانطباعات العامة.

وتكون ملاحظة هذه السلوكات بشكل مباشر، ويتكون المقياس من سلم تقديري يحتوي على (7) درجات ويمكن من خلال هذه القائمة تحديد الأطفال غير التوحديين والأطفال الذين لديهم درجات بسيطة ومتوسطة وشديدة من التوحد. (البلشة، 1994)

د- قائمة السلوك التوحدي The Autism Behvior cheklist

واختصارها (ABC) وتعتبر هذه القائة جزء من أداة شاملة لتمييز التوحد لغايات التخطيط التربوي Autism Screening Inst rument for Educational Planing والذي يرمز له بالرمز (ASIEP) والذي يشتمل إضافة لمقياس ABC أربعة مقاييس أخرى هي:

1. عينة من السلوك اللفظي Sample of Vocal Behavior
2. قياس التفاعل Interaction Assessment
3. القياس التعليمي Educational Assessment
4. تشخيص معدل التعلم Prognsis Learning Rate

تعتبر قائمة السلوك التوحدي (ABC) مقياس نفسي، عمري، وتتكون من (57) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسة هي: البعد الحسي، الإرتباط، استخدام الجسم والأشياء، اللغة، البعد الاجتماعي والعناية بالذات، ويتراوح وزن الفقرة الإحصائي من (0 -4) ويُغطي الأعمار من (18 شهر- 35 سنة).

أساليب علاج الأفراد التوحديين

تنطلق الأساليب المختلفة في علاج الأفراد التوحديين من النظريات التي تبحث في أسباب هذا الاضطراب ويمكن تقسيم أساليب العلاج إلى مجموعتين رئيسين: أساليب طبية وأساليب تربوية.

أولاً: الأساليب الطبية:

ويندرج تحت هذه الأساليب العديد من الطرق التي تقسم إلى مجموعتين رئيسيتين:

أ- **الأساليب الطبية التقليدية:** وهي العلاج بالأدوية حيث يقوم الطبيب بوصف العديد من الأدوية الطبية للتقليل من أعراض التوحد إلى أنه يجب الانتباه إلى الآثار الجانبية لهذه الأدوية. ويكون دور المعلم التأكد من تناول الطفل للأدوية في الأوقات المدرسية

المحددة، وتدوين ملاحظات عن سلوك الطفل بعد تناول الأدوية المختلفة لمقارنتها مع سلوكه قبل تناول الأدوية وبالتالي الحكم على مدى فاعلية الدواء.

ب - **الأساليب الطبية الحديثة:** وتضم مجموعة من الطرق أهمها العلاج الأيضي والعلاج بالسيكرين والعلاج بالفيتامينات.

(1) الحمية الغذائية:

ينطلق هذا الأسلوب من عدم قدرة بعض الأفراد التوحديين على الهضم الكامل لبروتين الجلوتين الموجود في القمح وبروتين الكازين الموجود في الحليب مما يؤدي إلى ظهور الببتيد غير المهضوم بشكل كامل الذي له تأثير تحذيري يشبه تأثير الأفيون والمورفين لذلك يتم تزويد الطفل بـ:

أ - **مادة السيرنيد** Seren Aid (TM): وهو عبارة عن أنزيم متعدد صمُم لمساعدة الجسم على زيادة هضم الببتيد (المهضوم جزئياً) والناتج عن بروتين الكازين الموجود في الحليب، والجلوتين الموجود في القمح، حيث يقوم بتكسير الببتيد إلى جزئيات أصغر وبالتالي يقلل من امتصاص الكازومورفين والجلوتوموفين الناتجين عن الببتيدات المهضومة جزئياً وبذلك يصبح هضم الطعام الخالي من الجلوتين والكازين أسهل مما يزيد من الإستجابة الحسية والوظائف المعرفية والسلوك التفاعلي.

وقام معهد أبحاث التوحد الأمريكي بدراسة أثر السيرنيد على (62) فرداً توحدياً تتراوح أعمارهم من (2 -32) سنة حيث تم اعطاؤهم إياه لمدة 4 أسابيع وتم تقيمهم بناء على (13) معيار يشمل التواصل البصري، الانتباه، والتفاعل الاجتماعي والمزاج والنشاط الزائد، والاستيعاب، والتنظيم، الحساسية السمعية، الهضم، النوم، الإثارة. وأظهرت النتائج تحسن 89٪ من أفراد العينة بدرجة تراوحت ما بين المتوسطة والكبيرة على 3 مظاهر أو أكثر من المظاهر الـ (13) السابقة التي تم دراستها. (Klaire La-beratories, 1999)

ب - **تزويد الطفل بالطعام الخالي من بروتين الجلوتين والكازين:** حيث يتم تنظيم وجبات غذائية خاصة للطفل لا تحتوي على الجلوتين والكازين ويعتبر هذا الأمر في غاية الصعوبة حيث يتطلب قراراً جزئياً وشجاعاً من قبل جميع أفراد العائلة بالتعاون مع المدرسة والأشخاص الذين تربطهم علاقات جيدة مع الأسرة.

(2) السيكرين:

يَعود الفضل في اكتشاف هرمون السيكرين إلى فيكتوريا بيك وهي أم لطفل توحدي عانى من الإسهال المزمن، واثناء إجراء الفحوصات المخبرية للطفل تم إعطائه هرمون السيكرتين لفحص وظيفة البنكرياس، وبعد ذلك تبين أن السيكرتين أدى إلى توقف الإسهال وتحسن سلوك الطفل بصورة ملحوظة، وتم إعلان هذا الإكتشاف المذهل بعد تأكيد النتائج من قبل العديد من الباحثين.

والسيكرتين هرمون متعدد الببتيد يوجد بشكل طبيعي في البنكرياس والكبد والأمعاء وينشط إنتاج السيروتونين (Serotionin)، ويحفز البنكرياس على إفراز البيكربونات والأنزيمات الهاضمة في الأمعاء كما يحفز الكبد على إفراز العصارة الصفراوية ويحفز المعدة على إنتاج أنزيم الببسين وبذلك يمكن أن يؤثر في الدماغ أو في جدار الأمعاء.

ويمكن استخدام هرمون السيكرتين لوحده أو مع مادة (Pncrozumin) أو مع مادة (cholocystokinetic) لإختبار كمية إفراز البنكرياس ولتشخيص الاضطرابات في الجهاز الصفراوي.

ويتم تصنيع آلية عمل السيكرتين من خلال نظريتين رئيسيتين هما:

الأولى: مساعدته في تغذية المخ وحمايته من التكسين السام للأعصاب الموجود في الأغذية.

الثانية: يحفز على انتاج البروتين المسؤول عن الوظائف في المخ بما في ذلك تنظيم الإثارة والتركيز والتعلم.

ويشير أديلسون (Edelson) إلى التحسن الملحوظ الذي طرأ على حالة (200) من الأفراد التوحديين الذين تم إعطاؤهم جرعات من هرمون السيكرتين، وقد كان أهم مظاهر التحسن- الذي ظهر خلال أيام قليلة- بعد إعطائهم جرعات الهرمون تطور في اللغة والتواصل البصري والنوم والانتباه وتوقف الإسهال المزمن الذي استمر لعدة سنوات. (Edelson, 1996).

وقام مجموعة من الباحثين (Horvath and others, 1998) بمتابعة (3) أطفال توحديين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطرابات معوية وذلك بإعطائهم السيكرتين لمدة (5) أسابيع وأظهر الثلاث أطفال تحسن في سلوكهم واتضح بتحسن التواصل البصري والانتباه وتطور في اللغة التعبيرية.

وعلى الرغم من أن السيكرتين معروف منذ أكثر من عشرين عاماً وله العديد من

الإستخدامات وظهور التحسن عند العديد من التوحديين الذين استخدموه، إلا أنه لا يستخدم طبياً على نطاق واسع، وذلك لعدم إجازته رسمياً نتيجة لعدم توفر تقارير علمية موثقة ومضبوطة تثبت فاعليته.

ويبدو هرمون السيكرتين مأمون نسبياً ويستمر تأثيره لمدة (4 -6) أسابيع إلا أنه يوجد بعض القلق حول استخدامه حيث لا يوجد دواء دون أية آثار سلبية، لا سيما تكوين أجسام مضادة له كونه مستخلص من أعضاء الخنزير. (Pawletk and Lorrian, 1999)

(3) العلاج بالفيتامينات :

ينطلق العلاج بالفيتامينات من مبدأ أن أجسام الأطفال التوحديين تتطلب جرعات أكبر من بعض العناصر الغذائية التي لا توفرها الوجبات الغذائية العادية، حيث أن الأمعاء المرشحة لهؤلاء الأطفال تخفض من نسبة امتصاص فيتامين ب 6، ويشير ريملاند أن فيتامين ب6 يساعد في تنشيط الجهاز العصبي.

تم البدء باستخدام فيتامين ب 6 مع الأطفال التوحديين في عام 1960، حيث قام بتجريبها الباحثان البريطانيان هلي وروبرتز (A. E Heely & G. E Roberts) في عام 1966 على 19 طفلاً توحدياً، يعاني 11منهم من إفرازات غير هضمية غير طبيعية في البول، وعاد البول إلى طبيعته عند الأطفال الـ (11) بعد إعطائهم 30 ملغم من فيتامين بي 6، إلا أن الباحثين لم يدرسا سلوك الأطفال، كما قام بونيش (V. E. Bonisch) في عام 1968 بإعطاء فيتامين ب 6 ، إلى (16) طفل توحدي تم تزويدهم بمقدار من (100 -600) ملغم يومياً وأظهر 12 منهم تحسناً سلوكياً ملحوظاً وتحدث 3 أطفال منهم لأول مرة.

ويذكر ريملاند أن أول دراسة استخدمت مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية لمعرفة مدى فاعلية فيتامين ب 6 لمعالجة الأطفال التوحيدين هي الدراسة التي نشرت في المجلة الأمريكية للطب النفسي عام ,1978 كما ويشير ريملاند إلى أبحاث ماري كولمان وزملائها والتي أوضحت فاعلية فيتامين ب 6 في معالجة الحركة الزائدة بالمقارنة مع الريتالين.

يجب أن توصف الفيتامينات مع أو بعد وجبة الطعام مرتين أو ثلاث مرات يومياً كما أنه يفضل استخدام الكبسولات عن الباودر وفي حالة استخدام الباودر يجب خلطها مع صلصلة التفاح أو خلطها مع عصير العنب وتتراوح الجرعات المتوسطة مابين (200 -300) ملغم من فيتامين ب 6، إضافة إلى (350 -500) ملغم من المغنيسيوم فمثلاً يحتاج الطفل الذي يزن 30 كغم إلى 30 ملغم من فيتامين ب 6 و 100 ملغم من المغنيسيوم يومياً.

وتم تصنيع تركيبة جاهزة من الفيتامينات الضروري استخدامها مع فيتامين B6 وهي

الزنك والمغنيسيوم إضافةً للكالسيوم في حالة عدم شرب الطفل للحليب، ويمكن أن تمتزج هذه التركيبات مع الأطعمة المفضلة للطفل.

ويختلف التحسن في الحالة من فرد لآخر إلا أنه من المهم التذكير بأن حوالي 50٪ من الأفراد التوحديين لا يستفيدون من هذا الفيتامين. وقد يشمل التحسن عدة مظاهر من الأفراد التوحديين لا يستفيدون من هذا الفيتامين. وقد يشمل التحسن عدة مظاهر أهمها:

1. التواصل البصري.
2. التقليل من سلوك الاستثارة الذاتية.
3. التقليل من نوبات الغضب.
4. تحسن في عادات النوم.
5. زيادة مدة الانتباه.
6. تحسن في استخدام الكلمات والتحدث.

كما يشير ريملاند إلى دراسة أجراها معهد أبحاث التوحد على (200) طفل توحدي، تم إعطاؤهم أربعة فيتامينات من ضمنها فيتامين ب 6 لمدة (4) أشهر و أظهرت الدراسة تحسناً ملحوظاً عند (30 -40)٪ من أفراد العينة، وظهرت أعراض جانبية بسيطة عند بعض الأطفال المشاركين مثل (حدة المزاج، الحاسة الصوتية، التبول في الفراش) والتي سرعان ما زالت عند تزويد أفراد العينة بكميات إضافية من المغنيسيوم.

ويشير ريملاند لعدم وجود آية دراسات بحثية مدونة لتأثيرات سلبية دائمة الاستخدام لفيتامين ب 6 مع الأفراد التوحديين وأن التأثيرات التي تحدث مثل الشعور بالتخدير والشعور بالوخز الخفيف بالأيدي والأطراف ليست ناتجة عن استخدام فيتامين ب 6، وإنما ناتجة عن نقص المغنيسيوم والفيتامينات أما بخصوص التهيج والطفح الجلدي والإسهال الموقت والنشاط الزائد فهو مؤقت ويزول بعد عدة أيام.

الأساليب التربوية:

أولاً: التحليل السلوكي التطبيقي (تعديل السلوك) :

ينصح (Edelson) بمعالجة المشكلات السلوكية مع الأطفال التوحديين باستخدام تعديل السلوك نظراً لأن معظم المشكلات تسببها البيئة عدا عن الآثار الجانبية لمهدئات الأعصاب وعدم استجابة جميع الأفراد التوحديين بشكل إيجابي لهذه الأدوية إضافة إلى،

احتمالية تسببها في العديد من المشكلات الاجتماعية والفسيولوجية، و يؤكد ايديلسون على أهمية دراسة الأدوية جيداً قبل استخدامها (Edelson, 1995, E)

ويؤكد الباحثون على إمكانية استخدام السلوك النمطي- الذي يتعارض مع الانتباه والتعليم بفاعلية في برامج تعديل السلوك وذلك بالسماح للطفل بممارسة هذا السلوك النمطي لفترة بعد انجاز المهمة التعليمية بنجاح.

ثانياً: التدريس المنظم:

برنامج متكامل للأفراد التوحديين. يدمج العديد من الوسائل والتقنيات المختلفة لتلائم الاحتياجات المختلفة لهؤلاء الأفراد، أُسس في عام 1964م في ولاية كاليفورنيا الشمالية على يد (إيرك سكوبلر) Eric Schopler الذي استمر مشرفاً عليه حتى عام 1994 حيث استلم هذه المسؤولية جاري ميسبوف Gary Mesibov منذ ذلك الوقت إلى الآن. وتعتبر كلمة TEACCH اختصار لـ Treatment and Eduction of Autisitic and Comuniction handicapped children (Trehin, 1998)

ويجب مراعاة احتياجات الأطفال التوحديين التالية عند إعداد البرنامج:

1. نظام روتيني.
2. المعرفة بانتهاء المهمة التعليمية.
3. نظام تواصلي قوي ومتين.

وعند الأخذ بالحاجات الأساسية السابقة يجب الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. أين أنا
2. ماذا يجب أن أعمل هنا؟
3. ماذا يكون بعد ذلك؟

حيث تكون الإجابة عن الأسئلة التالية من خلال تنظيم العديد من الجوانب التي تبين جدواها وفاعليتها في الفصول الدراسية للطلاب التوحديين من جميع الأعمار وهذه الجوانب هي:

1. تنظيم المكونات المادية داخل غرفة الفصل.
2. تنظيم الجداول الدراسية.
3. تنظيم طرق التدريس. (Division Teacch, 1998)

ثالثاً: البرنامج التربوي الفردي

يجب التركيز على التدخل المبكر وأن يعمل البرنامج على تطوير التواصل، المهارات الاجتماعية، والأكاديمية والسلوكية ومهارات الحياة اليومية ويجب ترتيب البيئة الصفية بحيث تصبح متناسقة ويمكن التنبؤ بها حيث سيكون التعلم أكثر قبولاً وأفضل إذا قُدم بطريقة بصرية مع الطريقة اللفظية مع التركيز على تفاعل الأطفال التوحديين مع العاديين بحيث يمثل الأطفال العاديين نموذج جيد في السلوك واللعب. (Publication of NICH-CY, 2000)

رابعاً: العلاج بالموسيقى

يُعتبر العلاج بالموسيقى من أساليب العلاج الهامة حيث يُحدث تغيرات أيجابية في السلوك الإنساني، وهو أداة تعمل علي تطور المجال الاجتماعي/ الإنساني، التعلم/ المعرفي، الحركي/ الإدراكي.

وتكمن فاعلية العلاج الموسيقي كونه أسلوب تواصل غير لفظي ومعزز طبيعي ويعمل علي زيادة الدافعية لإنجاز المهام عبر الموسيقى حيث يسجيب كل فرد لبعض أنواع الموسيقى على الأقل.

ويُعتبر العلاج الموسيقي ذا فائدة خاصة مع الأطفال التوحديين حيث يدعم المواضيع والمجالات التي يقترحها الأباء والمعلمون والمختصون لتلبية احتياجات الطفل من خلال منهاج موسيقي كامل يرافق مواضيع البرنامج التربوي الفردي وعلى سبيل المثال يمكن زيادة التواصل البصري عند الطفل التوحدي من خلال التصفيق التقليدي أمام وجه الطفل، أو بتركيز الانتباه على الأدوات العازفة بالقرب من وجه الطفل.

ويمكن استخدام الموسيقى لزيادة السلوك الاجتماعي التعاوني مثل الجلوس في المقعد أو البقاء مع الأطفال الآخرين في حلقة اللعب.

ويؤثر العلاج الموسيقي على تطور الكلام عند الأفراد التوحديين حيث من الممكن أن يبدأ الطفل التوحدي بالغناء رغم أنه لا يتكلم- عند عزفه على آلة موسيقية معينة وسماعه للحن محبب ويرافق ذلك العمل المنظم جهود معالج النطق ومعلم الصف يطلب من الطالب تكرار كلمات بسيطة وأشباه جمل وأغاني مصحوبة بالتلميحات البصرية واللمسية. (Staum, 2000)

النشاط الزائد وتشتت الإنتباه (ADHD)

مقدمة:

يعتبر النشاط الزائد وتشتت الانتباه إضطراب شائع، حيث تشير الدراسات المسحية إلى أنه يظهر لدى ما يزيد على 5٪ من الأطفال، وتزيد نسبة انتشار هذا الإضطراب لدى الذكور بمعدل (3 إلى 9) أضعاف عنها لدى الاناث، ومع أن هذا الاضطراب يحدث في المراحل العمرية المبكرة، إلا أنه قليلاً ما يتم تشخيصه لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، والنشاط الزائد حالة طبية مرضية أطلق عليها في العقود القليلة الماضية من القرن السابق عدة تسميات منها "متلازمة النشاط الزائد"، "التلف الدماغي البسيط"، "الصعوبات التعلمية"، وغير ذلك. (Michael, 2000)

ويميز البعض بين النشاط الزائد الحركي والنشاط الزائد النفسي، ففي حين يشير النوع الأول إلى زيادة مستوى الحركة يشير النوع الثاني إلى عدم الانتباه والتهور. وقد يحدث كلا النوعين من النشاط الزائد معاً وقد يحدث أحدهما دون الآخر، وبغض النظر عن ذلك، فإن كلا النوعين يؤثران سلبياً على قدرة الطفل على التعليم وإذا ترك النشاط الزائد بدون معالجة فإن ذلك يعني أن الطفل سيعاني من مشكلات سلوكية واجتماعية في المراحل العمرية اللاحقة.

تعريف الحركة الزائدة وتشتت الانتباه:

يمكن تعريف الحركة الزائدة على أنها "نشاط جسمي وحركي لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة" وغالباً ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية. (Millman, 1981).

وترتبط الحركة الزائدة مع تشتت الانتباه ارتباطاً وثيقاً فتواجد أحدهما معناه تواجد أو إمكانية تواجد الأخرى ويمكن تعريف "تشتت الانتباه على أنه: "عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهمات" ويعتبر النشاط الزائد هو السبب الرئيسي في تشتت الانتباه، فالنشاط الزائد هو زيادة عن الحد المطلوب بشكل مستمر، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون مناسبة لعمره الزمني. (Hallahan & Kauffman, 2003).

ويرتبط تعريف سلوك الحركة الزائدة بالمشكلات المتصلة بضبط السلوك الصفي ويعرّف هذا السلوك إجرائياً على أنه: الخروج من المقعد، والتحدث دون استئذان، والتجول

في غرفة الصف، والقاء الأشياء على الأرض، والإزعاج اللفظي.. وما إلى ذلك من الأفعال غير الانضباطية. (Ross, 1981)

أشكال الحركة الزائدة وتشتت الانتباه:

أشار (Coulby, 1981) بأن سلوك الحركة الزائدة يظهر من خلال بعض الاستجابات المتمثلة بسلوك الفوضى، وهز الجسم أثناء الجلوس، عدم الامتثال للتعليمات، أخذ ممتلكات الآخرين، إصدار أصوات غير مفهومة، الضحك بطريقة غير مناسبة، اللعب بالممتلكات، الغناء أو الصفير أو التململ بعصبية.

وقد أجمعت معظم الدراسات التي أجريت عبر السنين الماضية، على أن أهم خصائص الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد وتشتت الانتباه هي الآتية:

1. عدم الجلوس بهدوء
2. التهور.
3. التململ باستمرار.
4. تغير المزاج بسرعة.
5. سرعة الإنفعال.
6. التأخر اللغوي.
7. الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب.
8. عدم القدرة على التركيز.
9. إزعاج الآخرين بشكل متكرر.
10. التوقف عن تأدية المهمة قبل إنهائها.

هذا وقد تضمّن التراث على مدى ما يزيد على ثلاثة عقود مضت أن بعض الأطفال غير العاديين يظهرون مجموعات من السلوك ذات العلاقة الواحدة منها بالآخر مثل:

أولاً: نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية، وغالباً ما يشار إليه "بالنشاط الزائد".

ثانياً: عدم القدرة على تركيز الانتباه إلى مثيرات مختارة أو تلك المثيرات المرتبطة بالموقف أو المغالاة في الانتباه لمثيرات مرتبطة بالموقف، وغالباً ما يشار إلى هذا السلوك باسم تشتت الانتباه".

ثالثاً: عدم القدرة على كف الدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ في الاعتبار لما يمكن أن يكون في الموقف من بدائل وغالباً ما يشار إلى هذا الميل باسم "الاندفاعية".

فغالباً ما يصاحب النشاط الزائد تشتت الانتباه والاندفاعية وبناءً على تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (البيان التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية) يقال أن الأطفال الذين تبدو عليهم هذه الخصائص يكون لديهم نوع من الاضطراب يرتبط بنقص الانتباه ووفقاً للبيان التشخيصي الإحصائي "للاضطرابات العقلية" وقد يحدث اضطراب نقص الانتباه دون وجود النشاط الزائد (وفئة الأطفال ذوي اضطرابات نقص الانتباه بدون نشاط زائد تشبه فئة الأطفال ذو النشاط الزائد، عدا أن الطفل في الفئة الأولى لا تبدو عليه اثنتان أو أكثر من الخصائص الواردة تحت (النشاط الزائد). (Coulby & Harper, 1985)

مما سبق يتبين أن النظرة إلى مشكلة النشاط الزائد على أنها حالة عامة تتصف بالحركات الجسمية المفرطة فقط- كما كان في الماضي- قد ثبت قدم صحتها، فالمشكلة ليست مقتصرة على الجانب الحركي فقط، فهناك أيضاً خصائص سلوكية مرافقة منها: التهور والاندفاع (Impulsively) والقابلية للإثارة (Excitability) وعدم المقدرة على الانتباه (Short Attention Span)، وهذا كله يقود إلى ضعف في التحصيل المدرسي وإلى مشكلات سلوكية واجتماعية أخرى.

أسباب المشاكل التعليمية عند الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد:

لقد أثبتت معظم الدراسات أن بعض الأطفال ذوي النشاط الزائد لديهم مشاكل تعليمية، وأن تحصيلهم الدراسي ضعيف وأن كل المعالجين والتربويين قد لاحظوا أن الأطفال ذوي النشاط الزائد مختلفين في أدائهم التعليمي عن الأطفال العاديين.

وكما هو معروف يلعب الانتباه (Attention) دوراً بالغاً في عملية التعليم، فخصائص النشاط الزائد تشمل الضعف الشديد في التركيز وهذا الضعف يعبر عن نفسه في عدم القدرة على الانتباه لفترة طويلة، حيث أن الطفل لا يستطيع الانتباه لمهمة ما أكثر من بضع دقائق والتشتت (Distratbility) حيث أنه يفقد الاهتمام بسبب الأصوات أو المشاهد الجانبية، واضطراب الوظائف الحركية، علاوة على ذلك فهؤلاء الأطفال يظهرون في العادة نشاطاً جسدياً مفرطاً يفتقر إلى التنظيم، ومن ناحية أخرى، فإن من الخصائص المميزة

للأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد (الاندفاع)، ويشير هذا المصطلح إلى استجابة الطفل المباشرة إلى الإثارة بعبارة أخرى أن الطفل يستجيب قبل أن يفكر ولهذا يطلق على هؤلاء الأطفال اسم الأطفال الذين توجههم نزواتهم. (السرطاوي وسيسالم، 1987).

ولقد ناقش كل من كوف ومارجليس (Kough & Margilis 1976) ثلاثة احتمالات يمكن أن تكون سبباً في المشاكل التعليمية عند الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد وهي:

(1) إن الحركات الزائدة غير الأساسية خاصة حركات الرأس والعينين تؤدي إلى مشاكل في التعلم، كما أن مضاعفة النشاط الحركي يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات في التعلم نتيجة لعدم وضوح المعلومات، خاصة تلك المعلومات التي تأتي من خلال القنوات البصرية.

(2) قد يكون لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد مداخل مختلفة للمشاكل، فهم يميلون إلى الاندفاع في اتخاذ القرارات مما يترتب على ذلك صعوبة لديهم في حل المشاكل لأنهم يستجيبون لأول بادرة تلوح أمامهم ولا يستطيعون تقديم استجابة أخرى بديلة.

(3) قد يكون النشاط الحركي الزائد أحد أعراض التلف العصبي. (القاسم وآخرون، 2000م).

المحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد:

يُبدي الطفل أو الطفلة أعراض نمائية غير مناسبة لعمره أو لعمرها العقلي والزمني، مرتبطة بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية، والنشاط الزائد، ويجب أن يقرر الراشدون مثل الوالدين والمدرسين ملاحظة هذه الأعراض في بيئة الطفل غير المنزلية والتعليمية وعندما تتعارض تقارير المدرسين والآباء حول هذه الأعراض فيعطى الاعتبار الأول لتقارير المدرسين لأنهم أكثر ألفه بالسلوك المناسب في الأعمار المختلفة.

ومن الجدير ذكره أن الأعراض التي سيأتي تحديدها خاصة بالأطفال بين سن (10-6) سنوات، وهي المرحلة العمرية التي يكثر فيها الحالات للعلاج، أما في حالة الأطفال الصغار فهم يظهرون عددا أكبر وأشد من الأعراض، والعكس صحيح بالنسبة للأطفال الأكثر سناً. (السرطاوي وسيسالم، 1987).

وهذه الأعراض هي:

أ - **تشتت الانتباه:** قد يكون الطفل مشتت الانتباه إذا أظهر سلوكاً يمكن وصفه بثلاث من الخصائص الآتية على الأقل:

1. غالباً ما يفشل في إنهاء الأشياء التي بدأها.
2. غالباً لا يسمع ما يقال له.
3. يتشتت انتباهه بسهولة.
4. لديه صعوبة في التركيز على عمله المدرسي أو المهام التي تتطلب الانتباه.
5. لديه صعوبة في الاستمرار في النشاط أثناء اللعب.

ب - **الاندفاعية**: ويوصف الطفل بالاندفاعية إذا أظهر سلوكاً يمكن وصفه بثلاث من الخصائص الآتية:

1. غالباً ما يتصرف قبل أن يفكّر.
2. دائماً ما يتحول من نشاط إلى آخر.
3. لديه صعوبة في تنظيم عمله (لا ترجع إلى ضعف معرفي)
4. يحتاج إلى ملاحظة مكثّفة.
5. غالباً ما يطلُب المساعدة في الصف.
6. لديه صعوبة في انتظار دوره في اللعب والمواقف الاجتماعية.

جـ - **النشاط الزائد**: ويوصف الطفل بأنه مفرط الحركة إذا أظهر سلوكاً يمكن وصفه باثنتين من الخصائص الآتية:

1. كثيراً ما يجري ويتسلق على الأشياء.
2. يتحرك كثيراً وهو جالس.
3. يجد صعوبة في الاستمرار في الجلوس.
4. يتحرك كثيراً أثناء النوم.
5. دائماً ما يبدو كما لو كان على سفر أو يتصرف كما لو كان يتحرك بموتور. (السرطاوي وسيسالم، 1987)

د - تبدأ الأعراض في الظهور قبل سن السابعة.

هـ - تستمر على الأقل ستة شهور (Michael, 2000).

أسباب مشكلة الحركة الزائدة وتشتت الانتباه:

حاولت نظريات عديدة تفسير الحركة الزائدة وتشتت الانتباه وتحديد أسبابها، وتشير تلك النظريات إلى جملة من الأسباب المفترضة للحركة الزائدة وتشمل العوامل الوراثية والمشكلات المتعلقة بمرحلة ما قبل الولادة والمواد المضافة إلى الأغذية والأزمات الانفعالية، ولما كانت نتائج الدراسات قد أخفت في دعم أي من الأسباب المقترحة فإن الباحثين يميلون إلى الاعتقاد بأن النشاط الزائد ليس نتيجة لعامل واحد، بل هو نتاج عدة عوامل تتفاعل فيما بينها.

وفيما يلي عرض لأهم تلك العوامل:

أولا: العوامل الجينية (Genetic Factors):

تبين الدراسات وجود علاقة بين العوامل الجينية ومستوى النشاط، ولكن البحوث أخفقت بالتوصل إلى علاقة واضحة بين هذه العوامل والنشاط الزائد كظاهرة مرضية، وقد استخدم الباحثون طريقتين رئيسيتين للتعرف على الأسس الجينية للنشاط الزائد وهما:

أ - دراسة الأقارب من الدرجة الأولى.

ب - دراسة التوائم.

بالنسبة لدراسات الأقارب من الدرجة الأولى فقد لمحت إلى أن النشاط الزائد اضطراب أسري ينتقل إلى الأبناء من الآباء، وعلى وجه التحديد، تشير النتائج عموماً إلى أن والدي الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد غالباً ما يكونا قد عانيا من الاضطراب ذاته في طفولتهما، وقد خلص جونسون من تحليل دراسات الأقارب إلى القول: "بشكل عام تؤكد الدراسات التي أجريت على الأقارب أن النشاط الزائد اضطراب أسري ينتقل من جيل إلى جيل، إما طريقة انتقال النشاط الزائد وراثياً فهي لا تزال غير معروفة". (Johnson, 1981) أما دراسات التوائم المتعلقة بالنشاط الزائد فهي محدودة، وعلى أية حال، تشير تلك الدراسات إلى أن (العوامل الجينية قد تؤثر على مستوى نشاط الفرد) ولكن الأدلة المتوفرة حالياً لدعم ذلك لا تزال غير كافية.

ثانياً: العوامل العضوية (Organic Factors):

هناك اعتقاد سائد مفاده أن النشاط الزائد يرتبط "بتلف دماغي بسيط" في كثير من الأحيان، ولكن الدراسات من جهة أخرى لا تقدم أدلة علمية قاطعة على ذلك، فليس كل من

لديه تلف دماغي يعاني من النشاط الزائد، وليس كل من لديه نشاط زائد يعاني من تلف دماغي واضح، وهناك من يعتقد أن النشاط الزائد ينتج عن مضاعفات الحمل والولادة، ومرة أخرى أن الدراسات العلمية لا تسمح لنا بالتوصل إلى استنتاجات قاطعة في هذا الصدد.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه في دراسة أجراها (Satterfield, 1974) أوضحت أن الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد يظهر لديهم اضطرابات في تخطيط الدماغ تفوق بكثير تلك التي تظهر لدى الأطفال العاديين.

ثالثاً: العوامل النفسية (Psychological Factors):

من الأسباب المفسرة لحدوث النشاط الزائد هي فئة العوامل النفسية والتي تشمل:

أ - الضغوط النفسية الهائلة والإحباطات الشديدة التي يتعرّض لها الطفل.

ب - أنماط التنشئة الأسرية (فالبيئة الأسرية التي تعرض الأطفال لضغوط لا يستطيعون احتمالها قد تسبب النشاط الزائد).

ج - التعزيز، بمعنى أن الاستجابة للنشاط الزائد للطفل والانتباه إليه يعمل على زيادته.

د - التعلم بالملاحظة (النمذجة) بمعنى أن العلماء يعتقدون أن الطفل يتعلم النشاط الزائد من خلال الملاحظة للوالدين وأفراد الأسرة الآخرين.

وكما هو الحال بالنسبة إلى المتغيرات الأخرى، فإن الأدلة العلمية المتوفرة لا تزال محدودة، وهناك حاجة كبيرة إلى إجراء المزيد من الدراسات للتعرف على طبيعة أثر العوامل النفسية. (Paul & Epanchin, 1992)

رابعاً: العوامل البيئية (Environmental Factors)

تتضمن العوامل البيئية التسمم بالرصاص، والمواد الاصطناعية وردود الفعل التحسسيّة (Allergic Reactions): فثمة من يعتقد أن ردود الفعل التحسسية قد تساعد على حدوث النشاط الزائد، وسواء كانت ردود الفعل ناجمة عن الطعام أو عن غيره يعتقد أنها تسبب إثارة كبيرة للجهاز المركزي، الأمر الذي قد يؤدي إلى النشاط الزائد، إلا أن الأدلة العلمية المتوفرة حول هذه القضية محدودة جداً أيضاً.

أهم الأدوات الحديثة والمعروفة في الكشف عن مشكلة النشاط الزائد وتشتت الانتباه:

قبل الخوض في طرق معالجة النشاط الزائد وتشتت الانتباه، ينبغي التذكير بضرورة تقييم الطفل الذي يعاني من المشكلات تقييماً شمولياً، وسنكتفي هنا بذكر أهم وأحدث مقياسين للكشف عن الأطفال الذين يعانون من مشكلة النشاط الزائد وتشتت الانتباه، وهما:

1. مقياس النشاط الزائد، الذي طوره سبرنج وبلندن وجرينوغ ويلن:

(Hyperactivity Rating Scale/ Spring, Blunden, Greenberg & Yellin, 1977).

2. مقياس كونرز للنشاط الزائد (Conners, 1969)

الأساليب العلاجية لمشكلة النشاط الزائد وتشتت الانتباه:

لما كان النشاط الزائد وتشتت الانتباه يسببان صعوبات أكاديمية واجتماعية طويلة الأمد للطفل، فإن معالجتهما يجب أن تتم في مرحلة مبكرة جداً من العمر، وذلك بغية الحيلولة دون تفاقم المشكلات التي يواجهها الطفل، وعلى الرغم من تنوع الأساليب العلاجية المقترحة للنشاط الزائد وتشتت الانتباه إلا أن الدراسات تبين أن أكثر الطرق العلاجية فاعلية العلاج السلوكي، والعلاج بالعقاقير، وتبين الدراسات أيضاً أن استخدام كلا الأسلوبين معاً أكثر نجاعة وأفضل من استخدام أي منهما بشكل منفرد على المدى القصير، أما على المدى الطويل، فالدراسات لم تقدم بيانات علمية كافية يمكن الاعتماد عليها. (Michael, 2000).

وفيما يلي عرض مفصل لأشكال مختلفة من الأساليب العلاجية لمشكلة النشاط الزائد وتشتت الانتباه:

أولاً: العلاج بالعقاقير (Pharmacotherapy)

لقد تمثل علاج النشاط الزائد تاريخياً بالعقاقير الطبية ولم يعط العلاج التربوي- النفسي اهتماما كافياً، ومع أن المعالجة بالعقاقير فعالة في حالات النشاط الزائد (حيث تبلغ نسبة النجاح (65 -75)٪، إلا أن العقاقير يجب أن لا تمثل أكثر من عنصر واحد في عملية علاجية متعددة العناصر، هذا ويعتبر الريتالين (Retalin) والسايلرت (Cylert) والدكسدرين (Dexedrine) أكثر العقاقير استخداماً لمعالجة هذا الاضطراب فهذه العقاقير أكثر فاعلية من غيرها، إلا أن طريقة عملها غير واضحة تماماً، وإن كان يعتقد أنها تزيد

من قدرة الطفل على الانتباه وتضعف النزعة لديه نحو السلوك المتهور، وبما أن هذه العقاقير ليست مهدئة، فإنها لا تحد من الأداء المعرفي للطفل بل هي تزيد من قدرته على التعلم لأنها تخفض مستوى السلوك غير المقبول لديه، ولكن هذه العقاقير كغيرها من العقاقير الطبية قد تنطوي على تأثيرات جانبية سلبية (Michael, 2000) (Baker, 1976)

هذا ويوضح الجدول رقم (1) المعلومات الأساسية المتعلقة بهذه العقاقير.

الجدول رقم (1)

العقاقير الطبية المستخدمة لمعالجة النشاط الزائد

	رتالين Methylphenidate	سايلرت Pemoline	دكسدرين Dextroamphetamine
كيفية توفرها (بالملغم)	1, 2, 5	75, 18, 5, 37	5, 10
الجرعة اليومية (بالملغم)	6 - 10	5 - 37	4 - 5
حدوث التأثيرات السلوكية	خلال ساعة	متباين	خلال ساعة
مدة تأثيرها على السلوك	4 - 3 ساعات	غير محدد	4 ساعات

ثانياً: العلاج السلوكي (أساليب تعديل السلوك):

يشير مصطلح تعديل السلوك (Behavior Modification) إلى مجموعة الإجراءات التي انبثقت من قوانين السلوك، وهي القوانين التي تصف العلاقات الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك وتعديل السلوك عملية منظمة تشتمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة، الهدف منها ضبط المتغيرات المسؤولة عن السلوك، ويعتبر السلوك منهجية علمية لمعالجة المشكلات الإنسانية.

ومن أهم إيجابيات استخدام برامج تعديل السلوك، أنه يمكن تطبيقها في مواقف عديدة منها: البيت، المدرسة، المكتب، الملعب، كما ويطبق مع فئات مختلفة من الأفراد سواء أكان مع الكبار أو الصغار، مع الذكور أو الإناث، أو مع العاديين أو المعاقين. (Michael, 2000).

وتجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من أساليب تعديل السلوك التي أثبتت فاعليتها في التقليل من النشاط الزائد وتشتت الانتباه في الصفوف الخاصة والتي تضم الفئات

المختلفة ومنهم الأطفال ذوي النشاط الزائد، كما أكد أوليري وزملاءه (O'Leray) إن العلاج السلوكي فعال جداً في التقليل من النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه (Baker, 1976)

وفيما يلي أهم أساليب العلاج السلوكي التي اثبتت فاعليتها في الحد من مشكلة النشاط الزائد وتشتت الانتباه:

1. التنظيم الذاتي (Self- Regulation)

يشمل التنظيم الذاتي الملاحظة الذاتية (Self Observation) والمتابعة الذاتية (Self Monitoring) والتعزيز الذاتي (Self Reiforcement) ويتمثل المبرر الأساسي لاستخدام التنظيم الذاتي لمعالجة النشاط الزائد في افتراض مفاده: "أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة يستطيع تعميم التغيرات التي تطرأ على سلوكه إلى ظروف أخرى دونما تدخل علاجي خارجي"، وقد طور كل من ميشونبوم وجودمان (Meichenbaum & Goodman, 1971) هذا الأسلوب في بداية السبعينات من القرن الماضي بغية تدريب الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد على ضبط أنفسهم من خلال التحدث إلى الذات (الضبط الذاتي اللفظي). وقد استمر التدريب مدة إربع ساعات، اشتمل إضافة إلى التحدث الذاتي على النمذجة والممارسة السلوكية، والتلقين، والتغذية الرجعة، والتعزيز الاجتماعي، وقد طبق البرنامج التدريبي هذا على خمسة أطفال في الصف الثاني الابتدائي، وتبين أنه قد أحدث تغيرات مهمة في أدائهم.

وفي دراسة لاحقة طور بورنشاين وكوفيلون (Bornstien & Quevillon, 1976) هذا الأسلوب واستخدماه لمعالجة النشاط الزائد لدى ثلاثة أطفال في سن ما قبل المدرسة، وتمثلت مشكلاتهم الرئيسية بعدم اتباع التلعيمات، والتشتت، وعدم الانتباه أو التركيز. وحاول هذان الباحثان معالجة تلك المشكلات من خلال تقوية السلوك المتصل بتأدية المهمات الموكلة إليهم وخفض السلوك غير المتصل بالمهمات المطلوبة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن انتباه وتركيز أفراد الدراسة قد ازداد من 2٪ (أثناء مرحلة الخط القاعدي) إلى 75٪ (أثناء مرحلة العلاج)، وقد استمرت التغيرات الإيجابية السلوكية بالحدوث في مرحلة المتابعة.

2. التعزيز الرمزي (Token Reinforcement)

لقد أثبتت العديد من الدراسات فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال في مراحلهم العمرية المختلفة، ونود التذكير هنا إلى أن

المعززات الرمزية هي "رموز مادية تعطى للفرد ويستطيع استبدالها في أوقات لاحقة بالأشياء التي يرغب فيها". ففي دراسة أجريت على تسعة أطفال في المرحلة الابتدائية استطاع أوليري وبلهام وروزنيوم وبرايس (O'Ieary, Pleham, Reosenbarm, & Price, 1976) إحداث تغيير ذي دلالة إحصائية وعيادية كبيرة في مستوى النشاط الزائد لديهم، وقد صمم الباحثون برنامجاً علاجياً سلوكياً شاركت فيه اسر الأطفال بشكل عام من خلال تعزيزهم تبعاً لنظام تم الاتفاق عليه. كذلك استخدم إيلون وكاندل وليمان (Ayllon, Lay-man, & Kandel, 1975) أسلوب التعزيز الرمزي في معالجة النشاط الزائد لدى ثلاثة أطفال تراوحت أعمارهم بين (8 -10) سنوات، وقد كان الأطفال الثلاثة يعالجون بالعقاقير فيما قبل، وقد بينت النتائج أن مستوى فاعلية هذا الأسلوب كان بمستوى فاعلية العقاقير، علاوة على ذلك فقد أدى التعزيز الرمزي إلى تحسن ملحوظ في التحصيل الأكاديمي للأطفال الذين أجريت عليهم الدراسة (Baker, 1976).

3. الاسترخاء (Relaxation)

يستند هذا الأسلوب إلى افتراض مفاده: "أن تدريب الطفل على الاسترخاء يهدئ الطفل ويقلل من تشتته".

ولقد استخدم مكبريان (McBrein. 1976) أسلوب الاسترخاء العضلي التام بنجاح في معالجة النشاط الزائد لدى الأطفال في الصف الأول الابتدائي وتضمن البرنامج العلاجي أيضاً استخدام التخيل (Imagination) وذلك بهدف مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث الراحة في أنفسهم أثناء الاسترخاء، وفي دراسة أخرى استخدم كلاين ودفنباشر (Klein & Deffenbacher) الاسترخاء العضلي لمعالجة النشاط الزائد لدى (24) طفلاً بنجاح تام.

4. التعاقد السلوكي (Behavioral Contracting)

يعتبر التعاقد السلوكي من الأدوات الفعالة لتنظيم الاستجابات الأكاديمية والاجتماعية والسلوكية لدى الأطفال، وقد ثبتت فاعليته أسلوب التعاقد السلوكي في الحد من مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال، ويشمل هذا الأسلوب تحديد السلوك المتوقع من الطفل وإيضاح المكافأة التي سيحصل عليها بعد تأديته لذلك السلوك، ويتم تحديد المهمة السلوكية والمعززة في عقد مكتوب يُفهم الطرفان (المعلم والطفل) ويتفقان على بنوده، ويتصف بكونه واضحاً وعادلاً وإيجابياً، فهو أداة فاعلة تساعد الطفل على تنظيم الذات، حيث يدرك أن حصوله على ما يريد يتطلب منه القيام أولاً بما يريده المعلم منه (Michael, 2000)

5. التغذية الراجعة:

تتضمن التغذية الراجعة (تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه) وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي.

فقد استخدم كل من شولمان وسوران وشيفنز وكوبست (Schulman, Suran, Strens, & Kupst, 1979) جهازاً إلكترونياً يقيس مستوى النشاط الحركي للطفل، ويعطي تغذية راجعة سمعية (صوتاً مسموعاً) وكان صدور الصوت يعني أن مستوى النشاط الحركي مرتفع، وفي هذه الحالة كان المعالجون يمتنعون عن تعزيز الأطفال، في حين أن عدم صدور الصوت يعني أن مستوى النشاط الحركي ينخفض في هذه الحالة كان المعالجون يقومون بتعزيز الأطفال، وقد كان لهذا الأسلوب أثر كبير على التقليل من النشاط الزائد لدى تسعة أطفال تراوحت أعمارهم بين (9 -13) سنة.

العدوان (Aggression)

مقدمة :

يعتبر السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتصف بها الكثير من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً. ومع أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية، بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس. والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً هدفاً ومزعجاً في كثير من الاحيان، من هذا المنطلق فقد إنصب اهتمام الباحثين على دراسة هذا السلوك وذلك لأن النتائج المرتبة عليه تعد أكثر خطراً على المجتمع من النتائج المترتبة على نتائج السلوكات الأخرى التي يتصف بها كثيراً من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

تعريف العدوان:

إن تعريف العدوان ليس أمراً سهلاً، فهذا النوع من السلوك قد يكون واضحاً ولا لبس فيه أحياناً وغامضاً أحياناً أخرى، كذلك فالاستجابات التي توصف بانها عدوانية عديدة ومتنوعة جداً، وقد يعبر الأفراد عن العدوان بطريقة جسدية أو لفظية أو رمزية، وقد يفسر السكوت أحياناً على أنه عدوان.

يذهب التعريف الواضح للعدوان إلى القول بأنه:

كل سلوك نشط فعال تهدف العضوية من ورائه الى سد حاجاتها الأساسية أو غرائزها، وبهذا المعنى الواسع يشمل العدوان كل الفعاليات الإنسانية المتجهة نحو الخارج، المؤكدة للذات، الساعية وراء سد حاجات الذات الأساسية، أكانت هذه الحاجات من بين حاجات الجنس، البناء، التملك، أم غير ذلك.

إن التعريف الآخر الذي يأخذ جانب التخصيص والتحديد فيرى أن العدوان "هو السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه والإيذاء" وبهذا المعنى يكون العدوان اندفاعاً هجومياً يصبح معه ضبط الشخص لنوازعه الداخلية ضعيفاً، وهو اندفاع يتجه نحو إكراه الآخر (أو الشيء)، أو سلب خير منه، أو ايقاع أذى فيه.. (الرفاعي، 1981)

إن التعريف التقليدي للسلوك العدواني هو أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل يهدف الى ايقاع الاذى أو الألم بالآخرين أو الى تخريب ممتلكاتهم، (يحيى، 2000) فالعدوان سلوك وليس انفعالاً أو حاجة ويعرّف (Clarizo, Harvey 1993) العدوان بأنه: أفعالاً قد تسبب

جرحاً جسدياً أو نفسياً لشخص آخر. وتشمل الأفعال العدوانية سلوكات جسدية مثل الضرب، الركل، العض، وسلوكات لفظية مثل الإهانة، التحقير، الشتم.

ويعرف باندورا (Albert Bandura, 1973) العدوان على أنه:

"سلوك يحدث نتائج مؤذية أو تخريبية أو يتضمن السيطرة على الاخرين جسمياً أو لفظياً وهذا السلوك يتعامل معه المجتمع بوصفه عدواناً، ويحدد باندورا ثلاثة معايير ليتم في ضوئها الحكم على السلوك بأنه عدواني:

الأول: خصائص السلوك ذاته (اهانة أو ضرب أو تخريب).

الثاني: شدة السلوك.

الثالث: خصائص كل من الشخص المعتدي والشخص المعتدى عليه.

وقد أشار (ميلر دنفر 1982) إلى أن هناك خمسة محكات أساسية نستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحديدها وهي:

- نمط السلوك.
- شدة السلوك.
- درجة الألم أو التلف الحاصل.
- خصائص المعتدي.
- نوايا المعتدي. (السرطاوي وسيسالم، 1987).

الفرق بين العدوان وتدعيم الذات:

وقد يكون من المهم جداً التمييز بين العدوان Aggression والتدعيم الذاتي Asser-tiveness فالعدوان يشتمل على استخدام الإكراه لارغام شخص ما على الطاعة ويتضمن الإيذاء أو التخريب. في حين ان التدعيم الذاتي يتضمن الدفاع عن النفس والتعبير عن الذات بطريقة تخلو من الإكراه.

بعبارة أخرى: يشير التدعيم الذاتي الى جهد تكيّفي وتعايش نشط مع البيئة ومحاولة تحقيق الأهداف الشخصية بوجود ضغط مضاد أما العدوان فهو يعتبر سلوكاً سلبياً وغالباً ما ينتهي بالعصاب.

تصنيفات العدوان وأشكاله:

اختلفت تصنيفات العدوان حسب اختلاف التعريفات المستخدمة لهذا السلوك وغالباً ما يتم التمييز بين نوعين من العدوان هما:

1- العدوان المتعمّد Unintentional Aggression: ويشير الى الفعل الذي يصدر عن الفرد ويهدف الى تعريض الآخرين للألم أو الأذى. ويطلق عليه أيضاً إسم العدوان الناتج عن الغضب Anger Induced Aggresion ويعني ان هذا العدوان يحدث نتيجة لتعرض الشخص للأذى من الآخرين فيستجيب وهو في حالة انفعالية غاضبة.

2- العدوان الوسيلي Instrumental Aggression: وهنا يكون استخدام العدوان كوسيلة للحصول على ممتلكات الآخرين أو الأشياء التي بحوزتهم، بعبارة أخرى هذا النوع من العدوانية وسيلة وليس غاية (Harvey, 1993)، (يحيى، 2000) فمثلاً أن نوبات الغضب لدى الطفل، قد تسمح له باسترجاع دراجته من أخيه الأكبر سناً، وبغض النظر عن مقدار الفرق بين نوعي العدوان (العدائي والوسيلي) فيجب معرفة أنه ليس من السهل دائماً التمييز بينهما، فمثلاً أن الطفل الذي يستخدم الألفاظ السيئة قد يكون هدفه هو جذب انتباه الوالدين او المعلم او الرفاق بالإضافة الى هدف آخر هو جرح شعور الضحية، فالسلوك يمكن ان يخدم أكثر من غرض. (Clrizo, 1993).

وقد يأخذ العدوان شكلين آخرين:

1- العدوان اللاإجتماعي Social Aggression: (وتكون بسبب الآخرين وتصرفاتهم) ويتضمن أفعال عدوانية تهدف الى ردع الأفعال العدوانية التي تصدر عن الآخرين.

2- العدوان الاجتماعي (Antisocial Aggression): ويشتمل على الأفعال التي يظلم بها الإنسان الأخرين مثل حالات الاغتصاب او الجريمة وما إلى ذلك.

كما يصف البعض العدوان الى ثلاثة انواع تلاحظ عند الطلبة وهي:

1- عدوان ناتج عن استفزاز، حيث يدافع الطالب هنا عن نفسه ضد اعتداء أقرانه.

2- عدوان ناتج من غير استفزاز، وهنا يهدف الطالب من خلاله الى السيطرة على أقرانه أو ازعاجهم أو اغاظتهم أو التسلط عليهم.

3- العدوان المتفجر المصحوب بنوبة من الغضب. ويلجأ الطالب فيه الى تحطيم الأشياء، ويبدوا هنا كأنه لا يستطيع السيطرة على غضبه. (دليل التربية الخاصة، 1993).

والعدوان قد يكون مباشراً أو غير مباشر، ويقصد بهما:

- العدوان المباشر Direct Aggression، ويعرف عى أنه الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي اغضب المعتدي.

- العدوان غير المباشر Indirect Aggression ويتضمن الاعتداء على شخص بديل وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي ويطلق عليه اسم (العدوان، المزاح).

وقد يكون العدوان جسدياً أو لفظياً أو رمزياً:

- العدوان الجسدي، ويكون السلوك الجسدي موجه نحو الذات أو الآخرين ويهدف الى الإيذاء بحد ذاته، أو خلق الشعور بالخوف مثل الضرب، الدفع، الركل، شد الشعر... وهذه السلوكات ترافق غالباً نوبات الغضب الشديدة.

- العدوان اللفظي، ويقف عند حدود الكلام مثل الشتم، السخرية وذلك من اجل خلق جو من الخوف ويمكن ان يكون موجهاً نحو الذات أو الآخرين.

- العدوان الرمزي: ويشمل على التعبير بطريقة غير لفظية من احتقار الآخرين أو توجيه الإهانة لهم كالإمتناع عن النظر الى الشخص الذي يكن له العداء، أو الامتناع عن تناول ما يقدم له، أو النظر بإزدراء. (Hallanan, Kauffman, 1992) وإذا أخذنا من يظهر عنده العدوان فإننا نجده على نوعين:

- عدوان فردي: وهنا يكون من فرد نحو غيره من أفراد أو جماعات أو أشياء.

- عدوان جماعي: وهنا يكون من جماعة نحو فرد أو جماعة أخرى.

فمثلاً قد يثور الملاحين على قائد السفينة، او ثورة الجماعة الجائعين ضد من سبب لهم الجوع.

وقد يكون العدوان:

- موجهاً نحو الذات، مثل الانتحار.

-موجهاً نحو الغير، مثل الضرب أو السرقة.

ويمكن التمييز بين نوعين من العدوان بناء على العامل الأساسي المباشر الذي يدفع إليه.

فقد يكون العدوان ناتجاً عن:

- إحباط. - قلق. - وسيلة دفاعية.

ويمكن القول بأن العدوان قد يبلغ درجة يصبح معها مرضياً وهنا يمكن التمييز بين:

- العدوان المرضي أو الشاذ.
- العدوان المألوف.

إن هذه الأنواع ليست متمايزة كل التمايز، ولا هي مستقلة عن بعضها، فقد يكون العدوان جسدياً وكلامياً ورمزياً في وقت واحد وقد يتجه في كل هذه الحالات نحو الذات أو نحو الآخرين وقد تظهر الأنواع الثلاثة مألوفة، وقد تكون مرضيّة إلا أن هذا لا يمنعنا من تصنيفها. (الرفاعي، 1981).

وأخيراً لا بد من الإشارة إلى العدوان السلبي وهو العدوان الناتج عن التمرد على السلطة من أهل ومعلمين، حيث يشعر الطالب بانهم ظالمون مستبدون، وأنه قد اسِيئت معاملته من قبل هؤلاء المتحكمين، وهنا يخاف الطالب من الانتقام بشكل مباشر من مصادر السلطة فيلجأ الى إظهار العدوان بشكل مبطن. كأن يعمد احضار الكتاب الخاطئ، أو تجاهل الأدوات المدرسية أو مقاطعة المعلم بشكل متكرر.. الخ (Harvey, 1993)

أما باترسون وآخرون فقد صنفوا أشكال السلوك العدواني كالتالي:

1- الشتم، والاستهزاء، كأن يذكر الشخص الوقائع أو المعلومات بلهجة سلبية.

2- التحقير، وهو إطلاق العبارات والشتائم على طرف آخر بحيث تنتقص من قيمته وتجعله موضعاً للسخرية.

3- الاستفزاز بالحركات، كالضرب على الأرض بقوة.

4- السلبية الجسدية، كمهاجمة شخص آخر لإلحاق الأذى به.

5- التدمير لأشياء الآخرين وتخريبها.

6- التزمت بالآراء وطلب الإذعان الفوري من شخص آخر دون مناقشة. (العواملة، 1987)

أسباب العدوان:

باعتبار العدوان أحد الظواهر والموضوعات النفسية الهامة لما يترتب عليه من آثار سلبية مدمرة على الفرد نفسه وعلى الآخرين فقد إهتم علماء النفس وحاولوا تفسيره رغم اختلاف مدارسهم واتجاهاتهم وعلى الرغم من هذا الاهتمام إلا أن تفسيرات علماء النفس حول هذا السلوك متباينة، ويرجع هذا التباين الى الأطر النظرية التي تعتمد عليها كل نظرية أو مدرسة من مدارس علم النفس.

وهذا يقودنا الى الحديث عن النظريات المختلفة التي حاولت تفسير العدوان.

نظريات العدوان (Theories of Aggression)

أولاً- النظريات الغريزيّة:

تختلف نظريات العدوان باخلاف التأكيد على أهمية العوامل البيولوجية مقارنة بالعوامل النفسية مثل التعليم والخبرة. فرويد (freud) والذي هو من اصحاب النظريات النفسية التحليلية الأوائل افترض أن الطفل يولد بدافع عدواني ولكن طرق التعبير عنه متعلّمة. معظم الاتجاهات النفسية التحليلية الحديثة تعتبر العدوان دافعاً غريزياً ينشط عندما نشعربالإحباط. ومن خلال دوافع العدوان تتكيف بحيث تساعد على تحقيق الإحتياجات الأساسية. إن أصحاب النظرية البيئية مثل (Conrad Lorenz) فضلوا تفسيراً معدلاً للغريزة، وهو أن الاستجابات العدوانية يُنظر إليها على أنها استجابات فطرية لنماذج محددة مثيرة. وتبعاً لنظرة (Lorenz)، فإن لدى البشر طبيعة غريزة العراك، كالموجودة عند الحيوانات الدنيا، لكن البشر يفتقرون للكبح الفطري تجاه قتل الأفراد، ولديهم سيطرة ضعيفة على غريزتهم العدوانية. ومثل (Freud) أشار (Lerenz) الى وسائل أقل خطورة للتنفيس النفسي مثل الألعاب الرياضية التنافسية العالمية. تم نقد نظرية (Lorenz) الى وسائل أقل خطورة للتنفيس مثل الألعاب الرياضية التنافسية العالمية.

في الغالب، إن التفسير النظري الأكثر انتشاراً او المعروف للسلوك العدواني، هو فرضية الإحباط/العدوان، والتي تقدم تعديلاً للوضع الغريزي، وتبعاً لهذه النظرة، تستبدل الغرائز بالدوافع كعوامل محددة داخلية للعدوان، والتي تعتبر استجابات ذات احتمالية عالية للأوضاع الإحباطية. يُقال ان الإحباط يحث دافع العدوان، والذي بدوره يحوّل السلوك ليميل الى إيذاء الآخرين. ويفترض أن إيذاء الآخرين أو تخريب ممتلكاتهم يقلل من شدة دافع العدوان. وتبعاً لهذا التحليل، فالأفراد المحبطين بدرجة كبيرة من خلال العقاب الشديد من قبل الوالدين، أو الفشل المستمر في المدرسة، أو نقص العمل يُتوقع ان يُظهروا استياء وعدائية.

بغض النظر عن حقيقة دعم العديد من الدراسات لفرضية الإحباط العدوان، فقد تبين بشكل واضح أن هذه الفرضية غير كافية لتفسير جميع السلوكيات العدوانية. وأثبتت هذه النظرية أنها بسيطة وشاملة. وإلى الآن لا يوجد دليل على أن جسد الإنسان يجمع الطاقة العدوانية، كما أن الكثير من الأبحاث كشفت عن زيادة في العدوان الذي يتبع

الإحباط. لكن بعضها وجد أن الإحباط أحياناً يؤدي الى تناقص للعدوان، وبعضها وجد أنه لا يحدث تغييراً في العدوان. وثبت أنه توجد صعوبة في تحديد الظروف الإحباطية المعينة التي تقود الى العدوان. إن الكثير من الناس يعيشون في حالات فقر، مع هذا فالغالبية العظمى منهم لا يقومون بسلوكيات لا إجتماعية. فيمكن أن نستنتج أن الإحباط هو أحد العوامل ولكن لا يشترط أن يكون العامل الأكثر أهمية والذي يؤثر على العدوان. إن الأدلة الأخيرة توصلنا الى نظرية أخرى، والتي ترتكز على مفاهيم نماذج التعزيز، وعوامل الظروف والإدراك.

ثانياً: نظرية التعلّم الإجتماعي:

أكدت مصادر مختلفة عن دور التقليد والمحاكاة في اكتساب السلوك العدواني عند الأطفال. وتبعاً لنظرية التعلّم الإجتماعي، فإن التعرض لنماذج عدوانية يؤدي الى السلوك العدواني عند الأطفال. تم التأكيد بشكل معقول من هذه النظرية من خلال عدة دراسات تجريبية أشارت الى انه حتى وأن لم يتعرض الفرد للإحباط، فزيادة العدوان ينتج عن التعرض لنماذج عدوانية. تبعاً لهذه النظرية يُظهر أطفال الطبقة الإجتماعية الدنيا عدواناً جسدياً علنياً أكثر من أطفال الطبقة الاجتماعية المتوسطة، وذلك على افتراض أن نموذج الطبقة الدنيا عدوانية بشكل علني. كما بينت الدراسات أن الأبناء لوالدين ذوي نموذج منحرف هم أكثر عرضة للقيام بالأفعال غير الإجتماعية.

خلاصة القول، جميع الدراسات التجريبية والدراسات المرتبطة بالحياة الواقعية تدعم بشكل عام فكرة أن التقليد يلعب دوراً هاماً في نشوء واكتساب السلوك العدواني.

بسبب ان برامج الأطفال تحتوي على العنف في محتواها، فقد عبرت المصادر مرة أخرى عن الاهتمام بأثر وسائل الاعلام على العنف. إن مشاهدة برامج العنف التلفزيوني مثل الرجل الوطواط (Batman)، وسوبر مان (Superman) تخدم كمثيرات للعدوان لدى أطفال ما قبل المدرسة الذين لديهم في الأصل ميل نحو النشاط العدواني.

كذلك يلعب التعزيز دوراً كبيراً في التعبير عن العدوان. فلننظر أولاً إلى دور التعزيز الإيجابي، وهو النتائج المرضية التي تزيد من تكرار السلوك.إذا وجد الأطفال أنه بإمكانهم الوصول الى أول الصف (الطابور) من أجل الحصول على وجبة الغذاء عن طريق التنمر على من هم اضعف منهم، أو إذا وجدوا انهم يستمتعون بإيذاء مشاعر الآخرين، فسوف يميلون الى الاستمرارية بطرقهم العدوانية إن لم يوبخهم عليها الآخرون. إن استحسان الاهل والرفاق قد يخدم كذلك كمصادر تعزيز إيجابي للأفعال العدوانية.

إن الأطفال الذين يتم تعزيزهم لنوع معين من العدوان يصبحون أكثر ميلاً لإظهار انماط أخرى من العدوان في المستقبل. وضّحت إحدى الدراسات فكرة ان تعزيز العدوان اللفظي من قبل المعلمين لا يسبب ظهور العدوان اللفظي فحسب، ولكن أيضاً يزيد من احتمالية أن يتبع الطفل العبارات العدوانية اللفظية بعدوان جسدي.

كذلك قد يتم تعزيز السلوك العدواني ايضاً عن طريق التعزيز السلبي، وهو عملية تقوي السلوك وبهذا تقليل النتائج ذات الخبرات المؤلمة. كمثال، مع مرور الوقت، يتعلم الطفل أن الإنتقاد والتهديد قد يوقف من ضيق الآخرين. عندها تقوي لدى الطفل الميول نحو الهجوم الجسدي كطريقة لتسوية الخلاف. والمشكلة هي أن الأهل يتعلمون بأن السلوك المؤذي يمكن إيقافه مؤقتاً عن طريق العقاب. وهكذا فالأسرة ذات الأسلوب الإكراهي تطور إكساب كل عضو فيها للعدوان عن طريق التعزيز السلبي، ومن خلال ذلك يصبح العقاب أسلوب تحكم فعال مبدئي، وكذلك ذو فعالية في إستمرارية (إدامة) عدوان آخر. تبعاً لهذه النظرة، يصبح أعضاء الأسرة إكراهيين بإجبار الآخرين على القيام باشياء ولكن بهدف منعهم من القيام بأشياء معينة.

كما أن عوامل الظروف يمكن أيضاً ان تتحكم في التعبير عن العدوان، وبدلاً من أن العدوان يحدث في كل الأوقات وفي كل مكان، يتصرف الناس بعدوانية فقط في أوقات معينة، وفي أماكن معينة، تجاه أشخاص معينين، وكاستجابة لمثيرات معينة. إن معرفة مدى عدوانية تصرفات الطفل في البيت لا يسمح لنا بالتنبؤ الدقيق بسلوكه العدواني في المدرسة. السلوك العدواني يختلف باختلاف الظرف الإجتماعي (امثلة: أحياء اليهود، الكنيسة، حصة الحساب، حصص الرياضية، نادي ليلي) وباختلاف الهدف (أمثلة: رفيق أضعف، شرطي، معلم ، رجل دين)، ودور الشخص العدواني. (أمثلة: لاعب كرة قدم، تاجر، معلم، رجل مباحث).

أحد عوامل الظروف التي جذبت الإنتباه يتعلق بأثر الظروف المزدحمة على تكرار السلوك العدواني. بشكل عام، دراسة الكثافة والسلوك العدواني لدى الأطفال الصغار أدت الى نتائج متعارضة، تم اقتراح أنه عند الإهتمام بالأطفال الصغار فالمتغير الحاسم هو مقدار الألعاب المتوفرة للطفل الواحد. فزيادة الكثافة الإجتماعية قد يعني نقص عدد الألعاب للطفل الواحد، وزيادة التنافس على المصادر قد يكون مسؤولاً عن حدوث السلوك العدواني. في دراسة لـ (1000) طفل تتراوح أعمارهم بين (12 - 16) سنة لم تظهر علاقة واضحة بين العدوان وعوامل الظروف مثل حجم الصف أو حجم المدرسة. إن الإزدحام مفهوم متعدد الأبعاد ومعقد ويتعارض مع التفسير البسيط.

العوامل الإدراكية كذلك تلعب دوراً أساسياً في تفسير كيفية اكتساب السلوك العدواني وإثارته. عمليات التفكير العليا عند البشر تقدم قوة للتوجه الذاتي، والأفراد يمكنهم تمييز العوامل التي تؤدي للمشاكل. كمثال، يمكن ان يتذكر الأطفال حقدهم على أطفال معينين، وبذلك تجنب أولئك الأطفال، أو إذا وجدوا أنفسهم في وضع مشكل، يمكن أن يخمنوا النتائج بدون تمثل البدائل المختلفة، فيمكنهم إعادة تفسير السلوك أو نوايا الآخرين، كمثال: "لم يقصد فعل ذلك". للإبتعاد عن الفعل المتعمد المؤلم، يجب ان يعرف الطفل ان أفعاله يمكن ان تسبب الألم، وأن يكون قادراً على تحديد الأفعال التي تسبب أكثر الألم للأشخاص، وأن يتعلموا الوسيلة التي تستثير الأفعال غير المؤلمة. وأن الإيلام يمكن ان يكون عقاباً للشخص العدواني. إذاً العدوان هو نموذج سيء للسلوك والذي يستدعي معالجة مقبولة للمعلومات عن سلوك الآخرين وعلاقته بالنفس، ويصبح الأطفال على علم بما يتم تعزيزه في الظروف المختلفة، يتعلموا عن طريق المشاهدة، التذكر، والإستعادة العقلية لكيف يتصرف الآخرين في الظروف الصعبة. إن عوامل التعزيز والظروف والإدراك كلها تتفاعل من أجل إظهار السلوك العدواني.

مراحل تطور العدوان (Developmental Course ef Aggression)

تكثر الأدبيات التي ناقشت السلوك العدواني عند الأطفال، والمفاجئ أن القليل منها تقدم معلومات عن كيف يتغير العدوان مع تغير العمر. هذا النقص في المعلومات يجعلنا نفكر بالتغير في نفس مسببات الأفعال العدوانية، البيئة التي يظهر فيها العدوان، الظروف التي تثير سلسلة الأحداث العدوانية، ومدى ثبات ميول الفرد نحو التصرّف بعدوانية مع مرور الوقت، واختلاف الظروف.

على الرغم من ان المعلومات المتعلقة بتطور العدوان غامضة، فهي غير مكتملة على أية حال. بعض المعتقدات تشير إلى ان نوبات الغضب يمكن ان تكون منذرة للسلوك العدواني المبكر، لكن العلاقة بين الغضب والعدوان لم يتم فهمها بشكل جيد. إن فكرة ان الغضب يعتبر مثيراً للعدوان وسابقاً للسلوك المؤلم، أو العكس غير واضحة، الملاحظة اليومية للأطفال تدل على أنهم يمكن ان يقوموا بأفعال مؤذية بدون إثارتهم (إغضابهم) أولاً. كما اننا نعلم ان الغضب يمكن ان يسبب الإنسحاب، أفعال بناءة، ومحاولات للتهدئة. إن محدودية معلوماتنا لها سببان: إذا لم يكن الملاحظون على علم بالظروف المحيطة بالإنفعال، فلا يمكن أن يتأكدوا أن كانت هذه الظروف هي الغضب، الخوف، أو الإنفعال،

وعبارة المثير تعطي معان مختلفة (الغضب، الخوف، القلق) لدى الفرد الذي يعبر عنها، فمن الملائم في هذا الوقت اتخاذ نظرة ثنائية الإتجاه.

توجد القليل من الدلائل على العدوان عندما يكبر الأطفال في السن. كمثال، أطفال سن (4 -6) سنوات أكثر عدوانية خلال الوحدة الزمنية من أطفال سن (6 -7) سنوات. كذلك فإن خطر العنف الذاتي يزيد عند طلبة الصفوف السابع والثامن والتاسع منه لدى المرحلة الثانوية العليا. إن السلوك العدواني لا يقل مع تقدم العمر فحسب، لكنه خلال السنوات (2 -6) يتغير نمطه. فعلى سبيل المثال، يقل العدوان الجسدي بينما يزيد العدوان اللفظي، عادة يلجأ أطفال سن المدرسة الى طرق معينة مثل الشتم عوضاً عن الدفع والقبض. والأطفال الأكبر سناً يميلون أكثر الى العبوس والحقد والتذمر لمدة طويلة. كما تزيد أفعال التحدي والمواجهة العلنية ما بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة.

الأسباب المباشرة للأفعال العدوانية أيضاً تتغير بتغير العمر. قبل سنوات مضت أشارت دراسات عديدة إلى أن الغضب يتسبب عن عدم الراحة الجسدية أو الحاجة الى جذب الانتباه خلال فترة الرضاعة، وعن العادات التي تم التدريب عليها خلال السنتين والثلاث من الحياة، وعن الصراع والنزاع مع الرفاق خلال السنوات التي تليها مباشرة، إن المشاجرات خلال فترة ما قبل المدرسة تتعلق بالتملك والسيطرة، ولكن بالنسبة للأطفال الأصغر سناً فإن سبب إثارة مشاجراتهم يتضاعف في هذه الحالة مقارنة مع الأطفال الأكبر سناً.

العدوان قد يخدم أيضاً أغراضاً مختلفة عندما يكبر الطفل. وفي حين أن معظم السلوكيات العدوانية لدى أطفال ما قبل المدرسة تبدو أنها تتخذ نوعية وسيلية مباشرة، فالسلوك المؤذي عند الأطفال الأكبر سناً يقدم مزيجاً من عدوان عدائي وعدوان وسيلي، أهم شيء هو السلوك لدى أطفال ما قبل المدرسة لا يسعون إلى إيذاء آخرين أو تسبيب المضايقة لهم، وإنما لامتلاك شيء، أو مكان او من أجل الإستمرارية في نشاط ممتع.

كما إن الفروقات والاختلافات في السلوك العدواني بين الأفراد معروف أنه مرتبط بمتغيرات الجنس وسلالة الطفل. فيظهر أن السلوك العدواني يُضبط في وقت أبكر عند الذكور منه عند الإناث. كما ظهر بأن الذكور أكثر عدوانية من الإناث، واحتمالية أن يكون الفرد هدفاً للعدوان كذلك يعتمد على جنس الفرد، حيث أن مهاجمة البنات أقل من مهاجمة الأولاد. إن عوامل السلالة والعرق كذلك لها تأثير. وظهر من خلال الدراسات أن الأطفال السود أكثر عدوانية من الأطفال البيض، واحتمالية إدخالهم الى المؤسسات الإصلاحية تصل الى أربعة أضعاف (Clarizo, Harvey, 1993).

ويمكن تلخيص أسباب العدوان حسب الأسباب الرئيسية التي تشير اليها النظريات المختلفة في معرض تفسيرها للعنف والعدوان كما يلي:

1- **الأسباب العضوية:** وتشير دراسات عديدة أجريت على الإنسان والحيوان الى ان للعدوان أسساً بيولوجية، فثمة علاقة بين العدوان من جهة والاضطرابات الكروموسومية والهرمونية من جهة أخرى، ويشير البعض الى أن كون الذكور أكثر عدوانية من الاناث بوصفه دليلاً على أثر الفروق البيولوجية على مستوى السلوك العدواني.

2- **الأسباب الغريزيّة:** يعتقد البعض ان العدوان ظاهرة غريزية وهذا ما يقوله (Freud)، (Conrad)، (Lorens)، فبالنسبة لفرويد، ان العدوان ليس سلوكاً فطرياً بل هو حتمي أيضاً، وإذا لم يستطيع الإنسان توجيه العدوان نحو الآخرين فهو سيوجهه نحو ذاته، ويعتقد أصحاب نظرية التحليل النفسي أن العدوان يعود الى دوافع نفسية داخلية تكمن في اللاشعور، وعن وجود غريزة الجنس والعدوان باعتبارهما طاقة نفسية فطرية يجب تصريفها، وتحدث فرويد عن غريزتي الحياة والموت، غريزة، الحياة المتمثلة بكل الدوافع البناءة التي تحافظ على استمرارية الحياة، وغريزة الموت المتضمنة نزعات الفرد نحو العدوان وتدمير الذات فالموت نهاية الأمر.

اما اتباع فرويد فعلى الرغم انهم يرون في العدوان ظاهرة تحركها الغرائز فهم لا يهملون دور العوامل الاجتماعية في الطفولة المبكرة، ويعتقدون ان الطاقة العدوانية بحاجة الى مواقف ومثيرات معينة للتعبير عنها.

اما "كونراد لورنز" فيرى أن الانسان يسيطر عليه غريزة العدوان وان هذه الغريزة مرتبطة بالحاجة الي البقاء والسيطرة والتملك.. إلا أنه كان أكثر تفاؤلاً من فرويد حيال امكانية كبح العدوان بينما فرويد يقول (بتحويل العدوان) كبح لعدوان من خلال القيام بأفعال عدوانية غير ضارة مثل التنافس الودي.

3- **الإحباط** : وهنا ينظر إلى العدوان باعتباره نتيجة للاحباط وعُرفت النظرية بنظرية العدوان الناجم عن الاحباط، وقد تعرضت هذه النظرية لانتقادات لاذعة مثلها مثل نظرية الغرائز، فتصريف العدوان لا يحد من مستواه بل يزيده بالإضافة الى أن الإنسان قد يحبط دون ان يلجأ إلى العدوان، وقد يعتدي دون أن يواجه الاحباط.

4- **التعلم** : كان لبحوث عالمي النفس الأمريكيين، سنكر، والبرت باندورا الأثر الأكبر في ايضاح حقيقة ان العدوان ظاهرة اجتماعية يتعلمها الانسان تبعاً لمبادئ التعلم العامة.

وقد بين السلوكيين ان الانسان يتعلم السلوك العدواني وفقاً لمبادئ الاشراط الاجرائي

وفقاً لمبادئ التعلم الاجتماعي او التعلم بملاحظة الآخرين ويبرزون أهمية دور العوامل
التالية في تطور العدوان.

- ملاحظة الوالدين والأخوة والأقران والتلفاز. (خصوصاً إذا ما تم مكافئة هذه النماذج على العدوان).

ب- مدى الفرص المتاحة لممارسة العدوان (الثواب والعقاب)

جـ- طبيعة الظروف التي يعيش فيها الطفل (التعرض لمواقف مزعجة).

د- المكافآت الخارجية، المكافآت الداخلية، التعزيز الخارجي الإيجابي يتمثل بالحصول على شيء مرغوب فيه، أو تعزيز خارجي سلبي مثل معاناة الضحية ورضوخها للمعتدي أو تعزيز ذاتي مثل الشعور بالقوة والفخر والثقة بالنفس.

هـ- تبرير العدوان، يزيد العدوان لدى الطفل إذا عمل على التقليل من شأن الاطفال المعتدى عليهم أو إذا اتهم بارتكاب الاخطاء إلى ذلك.

و- العقاب، إن محاولة وقف العدوان من خلال معاقبة الطفل قد تزيد من مدة عدوانيته بدلاً من ان تقللها، فالعقاب أسلوب ضبط مفرد غالباً ما يقود الى الضبط المضاد كذلك فإن طرية استخدام العقاب بحد ذاتها قد تفقد العقاب فاعليته. فالعقاب غير المنتظم والمؤجل غالباً ما يفشل في تحقيق الأهداف المتوخاه منه.

5- **العوامل البيئية**: مثل التلوث البيئي، ارتفاع درجة الحرارة، ارتفاع مستوى الصوت، الجمهرة وغير ذلك. (Baron, 1985).

6- **عوامل أخرى**:

- مثل العمر حيث ينخفض العدوان مع تقدم العمر وتتغير اشكاله.
- عدم القدرة على التنبؤ بنتائج السلوك العدواني.
- عدم القدرة على اختيار حلول بديلة للعدوان لإستخدامها في المواقف الاجتماعية.
- الجنس فالذكور أكثر عدوانية من الإناث ولعل الفرق لا يعود الى الفروق من الناحية البيولوجية فقط وانما الفروق في التوقعات الاجتماعية.
- انماط التنشئة الاجتماعية التي يستخدمها الوالدان، فرفض الآباء وتسامحهم مع الطفل عندما يعتدي على الآخرين وعدم استخدامهم للعقاب بالطريقة منتظمة كلها عوامل تزيد في تطور العدوان.

العوامل المؤثرة في العدوان:

إذا ما افترضنا ان العدوان غالباً ما ينجم عن احباط، أن القول بأن العدوان يرتبط بالاحباط لا ينفي البحث عن عوامل مختلفة ينطوي عليها الموقف العدواني ويتضمن المثير الذي انطلق العدوان بسببه، ومن سيقع عليه العدوان وما سيتوقعه الشخص صاحب العدوان. فرؤية هذه العوامل في تفصيلها مجتمعة تساعد على فهم ما ينطوي عليه العدوان من جهة وشدة، وتعقد وتغير.

إن بحث العوامل المختلفة التي يحيط بها الموقف العدواني يدعونا الى وضعها في أربع فئات:

1- قوة السلوك التي تتحكم في قوة الدافع للعدوان وتتضمن:

أ- **قوة السلوك المحبط أو شدة الميل اليه :** فمثلاً، نلاحظ أن الشخص الذي يخرجه الحكم من اللعبة يظهر تذمراً حين تكون اللعبة مفضلة لديه يفوق ما يظهره في نفس الوقت حين لا تكون اللعبة مفضلة أو يميل إليها كثيراً.

ب- **درجة عرقلة الاستجابة المحبطة :** تشير هذه النقطة الى أن درجة الاحباط تابعة لدرجة العرقلة، وأن العدوان تابعاً في شدته لدرجة الاحباط، فمثلاً منع الطالب من الدخول للإمتحان ساعة من الزمن أقل في شدته من منعه من دخول الامتحان أصلاً، مثال آخر هو وجود ارتباط قوي بين زيادة سوء الحالة الاقتصادية وزيادة حوادث القتل، ويعني بالتالي وجود ترابط قوي بين درجة العرقلة ودرجة العدوان.

ج- **عدد مرات الاحباط:** ان عدد مرات الاحباطات السابقة او المرفقة يكون له أثر في تقوية الاستجابة العدوانية التي تكون تحت الملاحظة، وهذا يعني ان العدوان الذي نشاهده يمكن ان يكون نتيجة لإحباط حاضر ولإثار عدد من الاحباطات السابقة، وهذا ما يفسر ملاحظتنا لعدوان نراه لا يتناسب في شدته مع الاحباط الضعيف الذي رافقه، وينطبق ذلك المثل القائل (الشعرة التي قصمت ظهر البعير).

د- **مقدرة الفرد على مواجهة الاحباط :** توجد بين الأفراد فروق فردية من حيث المقدرة على مواجهة المواقف الاحباطية وتعود هذه الفروق لعدة عوامل مثل التربية الأسرية، والبيئة الاجتماعية، والعوامل الجسمية مثل الأمراض المزمنة والبنية الجسمية بشكل عام أما العوامل الأسرية مثل عجز الوالدين أو البيت المتصدع أو الإدمان عند الوالدين، أو السيرة غير الحميدة لأحداهما أو كليهما.

كلها عوامل تؤثر في قدرة الفرد على مواجهة الاحباط. فكلما كانت مقدرة الفرد على مواجهة الاحباط بشكل مثمر ضعيفة. كانت مقدرته على ضبط نزعاته العدوانية ضعيفة.

2- العوامل التي تعاكس النزوع العدواني:

وتهدف الى الكف عن السلوك العدواني او الابتعاد عنه، وتعني آثار العقاب بأشكاله المختلفة. إن درجة كف العدوان تتناسب طردياً مع مقدار العقاب الذي نتوقع حدوثه عند بدء العدوان. إن هذا الأساس النفسي، يمكن ان نرده الى قانون الأثر. ومعنى هذا ان كل الأفعال التي تجر على صاحبها ألم العقاب تنزع بصاحبها الى أن يكف عن الاستمرارية فيها أو الاتيان بها.

وقد يكون العقاب مقصود مثل العقاب البدني أو اللفظي أو الطرد من المجتمع أو الحرمان من الحرية أو قد يكون العقاب غير مقصود مثل توقع الفشل أو الاخفاق. أو توقع أذى يلحق بشيء أو انسان محبوب.

3- العوامل التي تحدد الموضوع الذي ينصب عليه العدوان :

أ- موضوع العدوان والعدوان المباشر وغير المباشر :

كلما كان المثير الذي يدفع الى العدوان قوياً اتجه العدوان نحو مصدر الاحباط، وكلما كان المثير الذي يدفع ضعيفاً كان العدوان غير مباشر. فإذا حاولنا كف النزوع الى العدوان لأننا نتوقع العدوان قادنا الى الشعور بالاحباط لأننا لم نستطيع تلبية ذلك الدافع أي النزوع الى العدوان. ومن هذا يتبين لنا أننا أمام سلسلة متعددة من الحلقات.

احباط --------- عدوان --------- حيلولة دون العدوان ------------- ازدياد الاحباط ------------- عدوان (مباشر أو غير مباشر)

وينتج عن ذلك أنه كلما زادت درجة كف العدوان المباشر زاد احتمال ظهور الأنواع غير المباشرة من العدوان، كأن نعجز عن الاعتداء على عدو فنضرب الكرسي بأقدامنا.

ب- تغير موضوع العدوان :

ويكون السبب هو عجز الشخص عن الاعتداء على المصدر الأصلي للاحباط، ومثال ذلك ما يلاقيه احياناً تلاميذ صف مدرسة ابتدائية خرج منه المشرف التربوي بعد أن اوضح للمعلم نقاط الضعف لديه بكلمات قاسية.

ج- تغير شكل العدوان :

حين يكون توقع العدوان سبباً في كف العدوان المباشر فقد يؤدي ذلك الى تغير في

موضوع العدوان أو تغير في صورة العدوان، مثل: اشاعة النكتة أو التقول على شخص لا نستطيع الكشف له عن عدواتنا خير مثال على هذا التغير في صورة العدوان.

د- الإعتداء على الذات:

ويعتب من أعنف أنواع الاعتداء على الذات فالشخص الذي يفشل في حبه إنما ينتحر لما عاناه من إحباط ، ومثال آخر هو زيادة نسبة الإنتحار بإزدياد الحالة الاقتصادية سوءاً.

4 - العوامل التي تنقص من قوة المثير الذي يدفع الى العدوان ونعني هنا تطهير العدوان أو تهذيبه.

ذكرنا سابقاً أن الكف عن العدوان يغدوا احباطاً وخاصة حين يكون الدافع الى العدوان شديداً وينتج عن ذلك القول بأن تنفيذ العدوان يخفف من ضغط توتر الاحباط وينقص من قوة النزوع العدواني، أن هذا النقص أو الانخفاض في قوة النزوع العدواني هو ما يسمى بتطهير العدوان او تهذيبه. ولكن العدوان قد يكون مؤذياً. إذا لا بد من ايجاد تحويل بحيث ينخفض توتر النزوع العدواني من غير إيذاء لأحد، أن التحويل الى العدوان على الحجارة او الشجرة بدلاً من كظم الغيظ أو العدوان على صديق هو في النهاية نوع من التطهير. وكثيراً ما يخدم هذا الاحتفاظ بالصديق من جهة وتخفيف أثر الاحباط من جهة أخرى. (الرفاعي، 1981)

قياس العدوان:

باعتبار ان العدوان ظاهرة سلوكية معقدة وليس لها تعريف واحد متفق عليه فإن عملية قياسه ستكون مسألة معقدة أيضاً، ويزيد من صعوبة قياسه تباين وجهات النظر التي حاولت تفسيره ولذلك تعددت طرق قياس العدوان وتباينت وسنكتفي هنا بذكر أكثر الطرق شيوعاً.

1- الملاحظة المباشرة (Direct Observation):

ويتضمن تدريب الملاحظين على استخدام نظام ملاحظة مباشرة، وذلك بعد تعريف السلوك العدواني تعريفاً إجرائياً. وقد تتم الملاحظة في البيت أو الصف أو ساحة المدرسة.

2- قياس السلوك العدواني من خلال تحديد النتائج المترتبة عنه.

(Measuremet of Perment Produts)

وهنا يتم تحديد مستوى السلوك العدواني عن طريق تحديد النتائج التي احدثها الفعل العدواني بالنسبة للأشخاص أو الممتلكات المستهدفة.

3- التقارير الذاتية (Self- Report Inventories)

وهنا يقوم الطفل نفسه بتقييم مستوى السلوك العدواني الذي يصدر عنه، فقد يسأل الطفل عن عدد المرات التي تشاجر فيها مع الأطفال الآخرين في فترة زمنية محددة، ويعتبر مقياس (Buss and Durkee, 57) ومقياس (Novaco, 75) من أكثر مقاييس التقدير الذاتي استخداماً لقياس العدوان.

4- المقابلة السلوكية (Behavioral Interview)

من أهم مزايا المقابلة السلوكية كطريقة لتقييم السلوك العدواني انها تسمح بجمع بيانات اضافية قد تساعد في التعرف على خصائص العدوان وعلى العوامل المرتبطة بها وظيفياً وغالباً ما تركز المقابلات السلوكية على تحديد الظروف التي يحدث فيها العدوان، والعمليات المرضيّة والانفعالية التي تصاحب العدوان، وانواع السلوك العدواني، وردود فعل الأشخاص الآخرين على حدوث العدوان أو النتائج.

5- المتابعة الذاتية (Self- Monitoring)

وتتضمن هذه الطريقة قيام الشخص ذاته بملاحظة سلوكه العدواني وتدوين البيانات فيما يتعلق بالمواقف التي تثير غضبه، وطريقة استجابته لتلك المواقف والنتائج التي تمخضت عن السلوك العدواني، ولهذه الطريقة مزايا مهمة منها أنها تساعد الشخص المعتدي على وعي سلوكه العدواني والعوامل المرتبطة به وذلك قد يكون ذا فائدة بالنسبة للعملية العلاجية.

6- اختبارات الشخصية :

مثل اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه واختبار بقع الحبر لرورشاخ.

7- تقدير الأقران:

ويتضمن توجيه مجموعة من الأسئلة الى عدد من الأطفال للإجابة عنها بهدف التعرض الى الأطفال العدوانيين، وفيما يلي عدد من الأسئلة التي قد تشملها قوائم تقدير الأقران.

- من الذي لا يطيع تعليمات المعلم.
- من الذي يتشاجر مع الأطفال الآخرين بشكل متكرر؟
- من الذي يأخذ ممتلكات الآخرين رغماً عنهم.
- من الذي يزعج الاطفال الآخرين.
- من الذي ينظر باستهزاء الى الاطفال الآخرين

8- قوائم التقدير (Rating Scales)

وفي هذه الطريقة يقوم المعلمون أو المعالجون أو الآباء أو غيرهم بتقييم مستوى السلوك العدواني باستخدام قوائم سلوكية محددة.

الطرق المستخدمة لعلاج العدوان والوقاية منه:

لا شك في أن الطريقة التي يسخدمها المعالج لإيقاف السلوك العدواني أو لخفضه تعتمد على تفسيره لهذا السلوك ولما كانت التفسيرات المقدمة عديدة ومتنوعة فإن طرق المعالجة هي أيضاً عديدة ومتنوعة، فإذا نظرنا الى السلوك العدواني بوصفه سلوكاً غريزياً فإن الطريقة التي نوظفها للتعامل معه ستختلف عن الطريقة التي تعتبره سلوكاً اجتماعياً متعلماً.

ففي الحالة الأولى سيحاول المعالج على الأغلب مساعدة الطفل على التعبير عن الطاقة العدوانية بطريقة مقبولة. أما في الطريقة الثانية فسيتم توظيف مبادئ التعليم لضبط السلوك العدواني. وسينصب اهتمامنا على طرق العلاج السلوكية وذلك لأن الدراسات المستفيضة قد بينت أن هذه الطريقة أكثر فاعلية من الاساليب العلاجية النفسية الأخرى (Feherenbach& Thelen, 1982).

طرق ضبط السلوك العدواني:

1- التعاقد السلوكي

بينت بعض الدراسات فاعلية هذا الأسلوب في خفض السلوك العدواني ويمكن تطبيق هذا الاسلوب على أيدي معالجين متخصصين أو على أيدي الآباء، ومن الدراسات التي استخدمت هذا الاسلوب بنجاح لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعوقين دراسة كيرسي .

2- العقاب:

كانت الاساليب الأكثر استخداماً لمعالجة السلوك العدواني لدى الأطفال المعوقين فيما مضى هي الأساليب العقابية البدنية أو اللفظية، كذلك الصدمة الكهربائية كانت أيضاً واحدة من أكثر الاساليب استخداماً في مؤسسات التربية الخاصة، وإذا كانت دراسات عديدة قد أوضحت فاعلية هذه الأساليب الا ان معدلي السلوك عموماً لا يميلون الى استخدام هذه الاساليب حالياً لأنها قد تولد العنف المضاد من جهة ولأن أثرها طويل المدى محدود من جهة ثانية.

3- التعزيز التفاضلي:

ويشتمل هذا الإجراء على تعزيز السلوكات الاجتماعية المرغوب بها، وتجاهل السلوكات الاجتماعية غير المرغوب بها. ولقد اوضحت الدراسات إمكانية تعديل السلوك العدواني من خلال هذا الإجراء ففي دراسة قام بها بروان واليوت (Brown & Elliot) إستطاع الباحثان من تقليل السلوكات العدوانية اللفظية والجسدية لدى مجموعة من الأطفال في الحضانة خلال اتباع المعلمين لهذا الإجراء، حيث طلب مثلاً منهم (الثناء على الأطفال الذين يتفاعلون بشكل إيجابي مع أقرانهم وتجاهل سلوكاتهم عندما يعتدون على الآخرين).

4- الحرمان المؤقت من اللعب:

ويُستخدم هذا الأسلوب عادة في حالة وجود طفل عدواني مع زملائه بحيث يلحق بهم الأذى في الحصص والألعاب الجماعية، وقد استخدم بريسكلاد وجاردنر (Brisklad & Gardenor, 1968) هذا الإجراء مع طفلة عمرها ثلاث سنوات تحب الصراع ورمي الأدوات وإيذاء الآخرين من زملائها وكانت النتيجة تقليل العدوان عند الطفلة من 54٪ إلى 14٪ بعد هذا الإجراء (العواملة، 1987)

5- تقليل الحساسية التدريجي:

ويتضمن هذا الأسلوب تعليم وتدريب الطفل العدواني على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني كالمهارات الاجتماعية اللازمة، مع تدريبه على الاسترخاء وذلك حتى يتعلم الطفل كيفية استخدام الاستجابات البديلة وبطريقة تدريجية وذلك لمواجهة المواقف التي تؤدي الى ظهور السلوك العدواني (باشن، 1989) و (دليل التربية الخاصة..، 1993)

6- أسلوب العزل وثمن الاستجابة:

ويتم هنا التوضيح للطفل بأن قيامه بالسلوك العدواني لا يؤدي فقط الى عدم الحصول على مكافآت بل إن نتائج السلوك هذا هي العقاب، في دراسة قام بها سلوان وآخرون (Sloan & Others, 1967) تم استخدام أسلوب العزل لمعالجة العدوان عند طفل في الخامسة من عمره، وكان يبدي سلوكات عدوانية شديدة جداً نحو زملائه. طلب الباحثون من المعلمين في الحضانة الاستمرار في عزل الطفل لمدة خمس دقائق بعد اعتدائه على زملائه، وبتقديم التعزيز الايجابي عندما يلعب الطفل مع زملائه ولا تظهر عليه سلوكات عدوانية، توصل الباحثون في نهاية التجربة الى نتيجة تمثلت في انخفاض العدوان الجسدي عند الطفل بدرجة ملحوظة، والأكثر من ذلك أنه لوحظ ان العدوان

اللفظي عند الطفل قد انخفض كذلك بشكل ملحوظ على الرغم من ان طرق العلاج لم تطبق إلا على العدوان الجسدي.

7- إجراء التصحيح الزائد:

وهو قيام الاطفال بسلوكات بديلة للسلوكات العدوانية بشكل متكرر، مثال ذلك، عندما يقوم الطفل بأخذ الأشياء بالقوة من زملائه. يُطلب منه إعادتها والاعتذار للمعلمين والزملاء على سلوكه الخاطئ ويشتمل التصحيح على ثلاثة عناصر أساسية هي:

أ - تحذير الطفل العدواني لفظياً وذلك بقول "لا.. توقف عن هذا" في حالة اعتدائه على طفل آخر.

ب - الممارسة الإيجابية: وتشتمل على الطلب من الطفل لفظياً أن يرفع يديه التي ضرب بها الطفل الآخر وأن ينزلها أربعين مرة مباشرة بعد قيامه بالسلوك العدواني.

جـ - إعادة الوضع الى أفضل مما كان عليه قبل حدوث السلوك العدواني. وذلك من خلال اعتذار الطفل المعتدي الى الطفل المُعتدي عليه عدة مرات (العواملة، 1987).

ويقترح مكاندلز (McCandless, 1973) إجراء آخراً للحد من السلوك العدواني، ويتضمن هذا الإجراء الخطوات التالية:

أ - تحويل نشاطات الأطفال من العدوانية الى نشاطات غير عدوانية.

ب - إزالة المكافآت المادية او المعنوية التي تتبع بالأعمال العدوانية.

ج - مساعدة الأطفال العدوانيين على فهم الآخرين والتقرب منهم.

د - إخبار الطفل بأن ما يفعله خطأ واقتراح سلوك بديل له.

هـ - عزل الطفل عن الآخرين، وجعله يراقب سلوكات الأطفال غير العدوانية.

و - إعادة الطفل الى مجموعته بعد إعلامه بأنه تحت المراقبة من قبل المشرف.

ز - تعزيز الطفل عند قيامه بأول سلوك بديل مرغوب (العواملة، 1987).

8 - النمذجة: تعتبر طريقة النمذجة من أكثر الطرق فعالية في تعديل السلوك العدواني، ويتم ذلك من خلال تقديم نماذج لإستجابات غير عدوانية للطفل، وذلك في ظروف استفزازية ومثيرة للعدوان، ويمكن القيام بمساعدة الطفل عن طريق لعب الأدوار من أجل استجرار سلوكات غير عدوانية من الطفل، ويمكن تقديم التعزيز عند حدوث ذلك من اجل منع الطفل من إظهار السلوك العدواني في الموقف (Hallahan, Kauffman, 1992).

9- توفير طرق لتفريغ العدوان: هنا يتم تقديم وسائل بديلة متنوعة من أجل التخلص من الغضب أو تفريغ النزعات العدوانية مثل: اللعب، التمرينات الرياضية.. الخ (دليل التربية الخاصة، 1993).

بعض الأساليب التي يمكن للمعلم استخدامها لتقليل حدوث بعض السلوكات التخريبية في غرفة الصف.

1- تعريف الطلبة بأهم القواعد والقوانين الصفية مثل الانضباط والتقيد بمثل هذه القواعد والقوانين والتأكد من فهمها.

2- تعزيز الطلاب الذين يتقيدون بهذه القوانين والتعليمات من خلال استخدام أنواع وأشكال التعزيز المختلفة.

3- السماح بمدى معقول من الحركة داخل غرفة الصف وعدم كبت حريتهم في الحركة نهائياً.

4- المراقبة والمتابعة المستمرة من قبل المدرس بحيث يشعر الطالب ان المدرس متواجد دائماً. (Lewis, Doorlag, 1987).

بعض الطرق والأساليب لتطوير العلاقات الاجتماعية للطلبة العدوانيين.

1- زود الطلبة بأمثلة على السلوكات غير العدوانية التي يمكن ان تُستخدم في المواقف التي يمكن ان تؤدي الى العدوان، ومن الطرق التي يمكن استخدامها لعمل ذلك هي النماذج الجيدة من خلال الراشدين، الأقران مثل زملاء الصف أو تعليم الرفاق أو من خلال الافلام أو الفيديو.

2-استخدام لعب الأدوار لمساعدة الطلبة، على ممارسة الاستجابات غير العدوانية، وتزويد الطلبة بفرصة لتعلم السلوك المناسب قبل تعرضهم للمواقف الصعبة في الحياة اليومية.

3- علِّم الطلاب الاستجابات المقبولة للهجوم الجسمي أو اللفظي، من خلال خيارات مختلفة تتضمن طلب المساعدة، ترك المكان، أو قول شيء غير عدواني مثل (أنت لعبت بشكل جيد بالكره بالامس) أو (انا معك بالسيارة التي تقودها بعد خروجك من المدرسة). وإذا لم يتعلم الطلاب مثل هذه الخيارات فإنهم ربما يستجيبوا بالهجوم الجسدي أو اللفظي، إنهم بحاجة لأن يتعلموا عدد من البدائل وأن يعرفوا ما هي الأنسب للاستخدام في المواقف المختلفة.

4- عزز الطلبة الذين يقومون بالإستجابات المناسبة واللاعدوانية للسلوكات العدوانية التي مروا بها سابقاً مثلاً، عزز الطالب عندما يقضي فترة الغذاء باللعب بلعبة معينة بدلاً من المجادلة أو المعاركة.

5- إستخدام الإطفاء للسلوكات اللفظية غير الملائمة مثل السب أو الشتائم او المجادلات أو الاستفزاز، وعزز الطلاب الآخرين في الصف لتشجيعهم على تجاهل هذا النوع من مشكلات السلوك.

6- عاقب الطلاب الذين يظهرون سلوكات غير ملائمة، وهذا ربما يكون اقصاء للطالب عن التعزيز الإيجابي (Time- Out) فقدان وقت النشاط أو أي من التعزيز الذي كسبه والعقاب يكون فعال عندما يستخدم مع التعزيز الإيجابي للسلوك الإيجابي. (Lewis & Doorlag, 1987).

الخجل والانسحاب الاجتماعي

Shyness and Social Withdrawal

مقدمة:

إن سعادة الإنسان تنبع من قدرته على التكيف مع ذاته ومع الآخرين المحيطين به وحتى يحقق التكيف الإيجابي لا بد من إشباع حاجاته، في ضوء متطلبات البيئة، ويقتضي هذا الإشباع تفاعلاً مستمراً مع الآخرين الذين يحيطون به ويتعاملون معه، فإذا كان التفاعل ناجحاً حقق الفرد إشباع حاجاته، وإذا لم يستطع إشباع حاحاته، فإنه لا يستطيع تحقيق التكيف والتوافق السليم. وتصنف الأسباب والعوامل التي تحول دون إشباع الفرد لحاجاته في مجموعتين رئيسيتين وعلى النحو الآتي:

- عوامل خارجية: ناتجة عن الظروف البيئية المحيطة به كالعوائق الاجتماعية.
- عوامل داخلية شخصية: تنشأ عن وجود عيب خَلقي، جسدي، نفسي، أو نقص في المهارات الاجتماعية.

ويعد الخجل (Shyness) من بين الأسباب الشخصية النفسية التي تعوق الفرد من إشباع حاجاته، وبالتالي تحول دون تحقيق التكيف مع ذاته والآخرين.

ويصف حمدي وداوود (1989) الخجل بأنه مشكلة مرتبطة بعدم الشعور بالأمن، لأنه يصف الأطفال الذين لديهم نقص في الثقة بالنفس ويتملكهم شعور الخوف والقلق (خولي، 1999).

مفهوم الخجل:

عُرف الخجل ولفترة طويلة كسمة، اتجاه، حالة كف (Iorant & others, 1999) . وقد حاول العديد من الباحثن تطوير تعاريف إجرائية لهذه الخبرة البشرية، مثلاً عرف الخجل كخبرة عدم الراحة، الكف، عدم الموائمة في المواقف الاجتماعية، وخاصةً في المواقف مع الأفراد غير المألوفين (Buss, 1980).

وقد وصِف الخجل البسيط "كمقاومة أو تجنب مواقف الاقتراب والتفاعل مع الآخرين حيث لا يمكنه الابتعاد عن مراقبة الآخرين له".

هذا ويعتبر الخجل شكل من أشكال القلق الاجتماعي (Social Anxiety)، **ويمكن تعريف الخجل من خلال وجهات النظر المختلفة وهي كالآتي:**

أولاً: من وجهة النظر التي تعتبر الخجل كخبرة شخصية (شعور)، ويعتبر الخجل هنا شكلاً من أشكال القلق الاجتماعي (Jones, et. al, 1986).

ثانياً: من وجهة النظر السلوكية يكون سلوك الفرد مقيداً أو متردداً عند وجود صعوبة في تحقيق الاتصال الناجح مع الآخرين (التجنب الاجتماعي) وقلة الكلام. وقد عرّفه بيكونس (Pikonis) بأنه "الميل لجنب التفاعلات الاجتماعية والفشل في المشاركة بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية" (Maroldo, 1981). وقد ميز (Pikonis) عام 1977 بين الخجل الداخلي والخجل الصريح، ففي حالة الخجل الداخلي يكون لدى الفرد مهارات اجتماعية ولكن لديه التشكك بالذات وعدم الارتياح، بينما في الخجل الصريح يمتلك الفرد مهارات اجتماعية محدودة ويختبر شعور عدم الارتياح.

وقد عرف (Zimbrdo) عام 1977 تصنيفات فرعية للخجل تضمّنت ثلاث مجموعات من الأفراد على النحو الآتي:

- المجموعة الأولى تتألف من الأفراد الذين لا يبحثوا عن تفاعلات اجتماعية ويفضلوا البقاء منفردين.
- المجموعة الثانية تتضمن الأفراد الذين يقاوموا الاقتراب من الآخرين وليس لديهم مهارات اجتماعية، وثقة منخفضة بالذات.
- المجموعة الثالثة تتضمن الأفراد الذي يحصرون أنفسهم ضمن توقعات اجتماعية محددة ويعانون من القلق الدائم من انتهاك هذه التوقعات.

ثالثاً: من وجهة نظر الأعراض النفسية: ويتضمن القلق الاجتماعي الشخصي ويحدث متزامناً مع السلوك الاجتماعي المكبوح، وقد عرفه ليري (Leary) على أنه:

"مجموعة أعراض سلوكية- عاطفية متزامنة. تتصف بالقلق الاجتماعي والكبح في العلاقة بين الأفراد الناتجة عن وجود توقع أو تقييم للعلاقة بين الأفراد" (Jones. et. al, 1986, p30).

وهذا يعني أن الخطة السلوكية التي يضعها الفرد تقيد وتوقف قبل أدائها، فالشخص الخجول لديه الرغبة في المشاركة الاجتماعية ويكون أكثر تأكيداً لذاته، ولكن لسبب أو لآخر لا يرغب في التعرف والاستجابة.

وقد عُرِّف الخجل المزمن بأنه الخوف من التقييم السلبي المرافق بالضغط أو الكف الاجتماعي والذي يتداخل بشكل ذو معنى مع المشاركة في الأنشطة المرغوبة بالنسبة له ومع المباشر بالأهداف الشخصية والمهنية (Henderson, 1994). وقد قامت العديد من الدراسات المهتمة بخجل الأطفال بتعريف الخجل كسلوك انسحابي أو مخلوع الفؤاد (Timid) عندما يلتقي الأطفال مع أفراد لأول مرة (Plomin & Daniels, 1986).

أعراض الخجل:

يصاحب الخجل أعراض متعددة صنفها (Pilkons & Norqwood) كما يلي (علماً بأن هذه الأعراض تتفاعل مع بعضها البعض ولا يمكن فصلها عن بعضها):

1- **أعراض سلوكية**: من مظاهرها الكبح والسلبية، تجنب الإتصال البصري، تجنب المواقف المخيفة، التحدث بصوت منخفض جداً، حركات جسدية غير ملائمة أما بقلتها أو زيادتها كالإفراط في الابتسام، عدم الطلاقة اللفظية، عدم المبادرة الاجتماعية، سلوكات ملازمة تدل علي العصبية والقلق (كاللعب بشعره دائماً)، الانسحاب الاجتماعي والصمت في المواقف التي تتضمن تفاعلاً اجتماعياً، وانخفاض توكيد الذات.

2- **أعراض فسيولوجية**: من مظاهرها زيادة معدل دقات القلب، التعرق، الارتجاف، جفاف الفم، الشعور بالدوخة أو الغثيان، تجربة الموقف أو شعور الشخص كأنه غير حقيقي أو غير موجود، والخوف من فقدان السيطرة.

3- **أعراض معرفية**: من مظاهرها انخفاض في تقدير الذات، التمركز حول الذات وزيادة الوعي بالذات وحمل أفكار سلبية حول المواقف والآخرين، الخوف من الظهور بمظهر الغبي أمام الآخرين ومن التقييم السلبي، الشعور بالهجوم والتفكير تفكيراً متأملاً بشكل مفرط، مناشدة الكمال، نقد الذات، معتقدات لاعقلانية برؤية نفسه مليء بالعيوب واعتبارها نقاط قوة لدى الآخرين. مفهوم الذات متدن (أنا غير جذاب، أنا غير جدير بأن أُحب أو بالاحترام ....)، توقعات سلبية لتفاعله الاجتماعي، صعوبة في التفكير أثناء التفاعل الاجتماعي. ومن الأعراض الاجتماعية: يجد صعوبة في مواجهة الآخرين، عدم الاستفادة من المواقف الاجتماعية، ولا يهتم بالوقت والتاريخ، قليل التعبير لفظياً وغير لفظياً، وفي تكوين صداقات جديدة. عدم الاستمتاع بخبرات الحياة الجديدة، عدم القدرة على المبادرة وتقديم نفسه (Self- Projection). ويجرب

الشخص الخجول الوحدة أكثر من الأشخاص غير الخجولين: يتزوجون متأخرين ويكون زواجهم أقل استقراراً من الآخرين. وفي العادة يتأخرون حتى يتخذون مهنة أو وظيفة ويستقرون بها، وقد يتناولون بعض العقاقير والكحول حتى يكونوا مرتاحين اجتماعياً وهذا بدوره قد يؤدي إلى عجز في مستوى الأداء الاجتماعي وسوء استخدام للمواد، كما أن لديهم ثقة قليلة بأنفسهم بأن يصبحو أفراداً اجتماعيين، لديهم نظرة تشاؤمية للعلاقات الاجتماعية، وتصبح عندهم كعزو لتفسير الفشل ووجود الإعاقة الذاتية، مثل: "لا أقدر أن أعمل لأنني خجول" أي تسمية الذات بالخجولة.

وأخيراً قد ينتج عن الخجل المزمن الذي يستمر حتى مرحلة متأخرة من الحياة عزلة اجتماعية حادة ومزمنة تؤدي إلي زيادة الوحدة ونشوء بعض الأمراض النفسية وحتى أنها تسبب أمراضاً مزمنة وتقلل مدة الحياة (Henderson & Others, 1999 ; Henderson & Zimbardo, 1996).

4- اعراض إنفعالية: ومن مظاهرها ظهور انفعالات سلبية كالارتباك والشعور المؤلم بالذات، الشعور بالإستيحاء (Shame)، تقدير ذات منخفض، الحزن، الشعور بالوحدة، الاكتئاب، القلق والشعور بعدم الأمن (الخولي، 1999). التركيز على الشعور السلبي والمؤثر بدوره على أنماط التفكير، سواءكان شعور خجل أو خوف أو غضب، فإذا كان هناك شخص خائف، فإن للآخرين يبدون بالنسبة له خطرين وتصبح الذات عرضة للخطر، وإذا كان هناك شخص خجول يبدو الأخرين له جذابين وأقوياء ولديهم القدرة على الإيذاء، وإذا كان هناك شخص غاضب فإن الآخرين يبدو عديمي الثقة وقادرين علي الإيذاء (Henderson & Others, 1999).

نظريات الخجل وأنواعه وعوامله:

أولاً: نظرية بس (Theory of Shyness):

وضع بس (Buss, 1980) هذه النظرية في كتابه الشعور بالذات والقلق الاجتماعي (Self- Consciousness and Social Anxiety) ويوضح فيها بس تطور الخجل وأسبابه، حيث افترض وجود نوعان من الخجل هما:

- **خجل الخوف** (Feaful- Shyness): الخوف من ردود الفعل غير المألوفة والتلقائية.
- **خجل الوعي بالذات** (Self- Conscious Shyness): ويتمثل بالوعي الزائد لتوقعات الآخرين حوله.

ويوضح الجدول الآتي مقارنة بين نوعي الخجل من حيث: رد الفعل المؤثر ونوع الذات المدركة ووجوده وأول ظهور له والأسباب المباشرة لكل نوع كما أوردها (بس):

جدول مقارنة أنواع الخجل

النوع/المجالات	خجل الخوف/خجل الغرباء	خجل الوعي بالذات
رد الفعل المؤثر	- الحذر والانسحاب - الخوف والشعور بعدم الراحة. - الصراخ والبكاء - مع تقدم العمر يأخذ شكل الكبح والتوقف عن التفاعلات السلوكية والكلام. - تشكل في النهاية خجل الراشدين	- الوعي الشديد بالذات - الشعور بالخجل والحرج والارتباك
نوع الذات المدركة	- حي (لا يتطلب سوى ذات حيه بدائية)	- معرفية، يتطلب ذات معرفية متقدمة عند الإنسان. فمجرد التدريب الاجتماعي والخبرات لا يعتبر كافٍ لكن أيضا يلزم وجود القدرة المعرفية
وجوده	- يظهر مع صغار معظم الثديات	- الأطفال الأكبر سنا والراشدين
أول ظهور له	- يبدأ في الصف الثاني من السنة الأولى	بين (4-5) سنوات
أسباب ظهوره	1- مواجهة الطفل شخص أو موقف جديد، حيث ينتج من خلال اقتحام الآخرين للموقف. والجدة في الموقف تكون في: أ- مواجهة مواقف اجتماعية جديدة.	- شعور الفرد بأنه معرض بشكل كبير لمراقبة الآخرين من حوله والذي يعزز من خلال التدريبات الاجتماعية التي يتلقاها الطفل والتي تعلمه أن الآخرين يتفحصون مظهره وسلوكاته الاجتماعية؛ وبالتالي يدركوا أنفسهم كأهداف

النوع/المجالات	خجل الخوف/خجل الغرباء	خجل الوعي بالذات
	ب- الجدة النفسية: اقتحام إحداهم لأمور شخصية لشخص ما. جـ- الجدة الجسمية. د- الجدة المكانية/ الانتقال لمدرسة جديدة. هـ- الجدة في الأدوار والمكانة الاجتماعية/ ترقية. 2- الرفض الاجتماعي من قبل الآخرين للأطفال الأكبر سنا والراشدين (حيث يحدث الخجل نتيجة الخوف من التقييم والرفض الاجتماعي).	اجتماعية وهنا يدركوا أن هناك مشاعر ونزعات محددة خاصة بهم، لا يجب اطلاع أحد عليها. وعند هذا القدر من الإدراك للذات الاجتماعية يظهر لديهم الشعور بالاختلاف عن الآخرين يؤدي هذا وبشكل واضح إلى جعلهم اكثر عرضة للخجل والوعي بالذات ويظهر هذا من خلال: 1- النقد والانتباه الزائد له 2- وجود صفة مميزة تجعله فريد عن الآخرين كوجود رجل وحيد بين مجموعة من النساء 3- الكشف عن خصوصيات الشخصية 4- المكانة الاجتماعية 5- المناسبات الرسمية
ملاحظات إضافية	- له علاقة أهمية تكيف الإنسان وحمايته - يضعف مع التقدم بالعمر ونضوج الطفل- ذلك من خلال تطوير الأطفال وسائل تساعدهم على التكيف مع التهديدات المتوقعة تدريجياً.	

ثانياً: عوامل الوراثة والبيئة:

هناك أثر للعوامل الوراثية والبيئة وتفاعلها معا على الخجل، فبعض الباحثين يرون أن الخجل عبارة عن ردود فعل انفعالية لموقف اجتماعي محدد، مثل جوانز ورفاقه (Jones et al 1980) وآخرون يرون أن الخجل سمة من سمات الشخصية، وقد أشار العالم أيزينك (Eysenck) عام 1969. ان الشخصية تقسم إلى نمطين رئيسين هما:

- الانبساط Extraversion مقابل Introverion
- عامل العصابية Neuroticism مقابل الاتزان الانفعالي.

وبناء عليه أشار إلى وجود نوعين من الخجل الاجتماعي:

أولاً: الخجل الاجتماعي الانطوائي: كالميل إلى العزلة أي يعانون من تدني الاجتماعية ولكن مع القدرة على التعامل بكفاءة وبنجاح مع الجماعة إذا اضطر الشخص إلى ذلك (سلوكي).

ثانياً: الخجل الاجتماعي العصبي: ويتميز المصابين به الشعور بالقلق أثناء تفاعلهم مع الآخرين، والناتج عن الشعور بالدونية، وبالحساسية للذات وشدة الهلع بالخبرات التي تشعرهم بالضعف مع الشعور بالوحدة وهذا يؤدي بالفرد إلي التعرض لصراع نفسي بين الرغبة في مصاحبة الآخرين وخوفه من هذه الصحبة (الدريني، 1985)

وتلعب العوامل الوراثية والبيئة دوراً في الخجل من حيث تفاعلهم مع بعضهم في تشكيل الخجل، وقد أشار شفر ويلمان (1989) إلى وجود استعدادات وراثية عند بعض المواليد حيث يوجد أطفال خجولين منذ ولادتهم، ومع مرور الوقت إما أن تؤكد هذه الصفة من خلال البيئة المدعمة ويبقوا بالتالي طوال حياتهم خجولين، وإما أن يتخلصوا منها إذا لم تثريها البيئة. وقد أكدت الدراسات الطويلة مساهمة الوراثة في جذور الخجل تصل إلى 15-20% من المولودين حديثاً يظهروا تصرفات حادة تتميز بنشاط زائد (مثال ذلك: صراخ حاد، حركة رأس عصبية وكذلك الأطراف) لأية إثارة، إضافة إلى ارتفاع في معدل ضربات القلب في مرحلة الطفولة المبكرة، وغالباً ما يكون لديهم أقرباء سجل لهم بأنهم أظهروا خجلاً في مراحل الطفولة، وقد أظهرت العديد من الدراسات بأن المولود الذي يثار بسهولة يصبح أكثر حدة. وقد يطور سلوك انسحاب اجتماعي في مراحل الطفولة والمراهقة عن الآباء والأقران. كما أنه لا يشجع الآخرين على التفاعل الاجتماعي معه لذا فإن هذا يمثل نمط الاستجابة الفورية للخجل (D). وفي الغالب يعزى تطور الخجل في مرحلة البلوغ إلى

تجربة الرفض ولوم الذات للفشل في مجال اجتماعي ما ,Henderson & Zimbardo)
1996, Iorant & others, 1999).

وهناك مجموعة من العوامل والمثيرات البيئية التي يمكن أن تجعل الأطفال الذين لديهم استعدادات وراثية وفسيولوجية للخجل، وهي كالآتي:

أولاً: الشعور بعدم الأمن:

وتعتبر الحاجة إلى الأمن العاطفي من الحاجات الأساسية لكل الأطفال، وحتى يتحقق هذا الأمن يحتاج الطفل إلى الشعور بأن هناك من يهتم به ويحميه ويحقق لديه هذا الشعور من خلال قيام الأهل بتلبية حاجاته الأساسية من مأكل وحنان وحب والحصول على التقدير من البيئة المحيطة به (البيت، المدرسة).

وإذا لم تلبى هذه الحاجة فإن الطفل يشعر بعدم الأمن والطمأنينة وبالتالي عدم الثقة بالنفس وبالتالي عدم القدرة على التعامل مع الآخرين ويرى حمدي وداوود (1989) أن ذلك يرجع إلى:

أ- الحماية الزائدة :

إن الوالدان الذين يؤمنان في الحسد ويخفيان ابنهما عن أعين الزائرين أو خوف الوالدان الزائد على أبنائهم واعتقادهم بأن الأبناء لا يستطيعون العناية بأنفسهم ويعلموهم الاتكال عليهم في أدق أمور حياتهم، يؤدي هذا النمط من التنشئة إلى جبن الأطفال وعدم قدرتهم على المبادرة والاعتمادية وانخفاض الثقة بالنفس والسلبية والخجل.

ب- التدليل الشديد:

إن الطفل الوحيد لوالديه أو بين الوحيدين (أخوات بنات) عادة ما يدلل بشكل كبير من قبل والديه فينشأ متوقعا من كل الأفراد أن يعاملوه المعاملة الناعمة الحسنة التي يعامل بها في المنزل وبالطبع لن يجد هذه المعاملة خارج البيت خصوصا من أقرانه الذين لن يتعلم بعد التنافس والتعامل معهم على مستوى متكافئ ومن ثم ينسحب منهم ويتوارى عنهم بسبب شعوره بالنقص بالمقارنة بهم. (عامل بيئي) (حمدي وداوود، 1989) .

جـ- التجاهل:

كما تؤدي الحماية الزائدة إلى الخجل، فأن التجاهل وعدم الاهتمام أو العناية الكافية للطفل سواء صدر من الآباء عن قصد بسبب عد وجود اهتمام بالأطفال بشكل عام، أو عن نية حسنة من الآباء ورغبة منهم في تنمية الاستقلالية لدى الطفل، وهذا قد يؤدي إلى

الشعور بأنه غير جدير بالاهتمام ولا تكون لديه الثقة الكافية للتعامل في المواقف الاجتماعية. وبالتالي يؤدي إلى تكوين شخصية خجولة لا تثق بنفسها.

د- السخرية والنقد:

استخدام هذا الأسلوب من قبل الأهل أو المهتمين بحياة الطفل (كالمعلم) ظناً منهم أن هذا يساعد في تعديل سلوك الطفل ويجعله اكثر صلابة، وقد تؤدي إلى خجل هذا الطفل عند مواجهة الآخرين، ويتجنب الاتصال الاجتماعي خوفا من السخرية والنقد.

هـ- عدم الثبات في التعامل:

قد يؤدي اتجاه التنشئة القائم على المعاملة المتذبذبة إلى الخجل، فقد يكون الوالدين حازمين جداً ثم متساهلين جداً أو عطوفين جداً وبالنتيجة يصبح الأطفال غير آمنين، فلا توجد معايير محددة وثابتة يستطيع الطفل أن يتوقع بناء عليها ماهية نتيجة أعماله، فيلجأ للخجل كأسلوب للهروب والتكيف مع هذا الوضع، وقد يصبحون خجولين في البيت والمدرسة كما يمكن لبعض الأطفال أن يكونوا خجولين في البيت فقط (عامل بيئي).

و- التهديد:

قد يقوم الوالدين بتهديد الأطفال بالعقاب دون تنفيذ ذلك وقد يكثر الوالدين من التهديد ويوقعون العقاب مرات قليلة، هذا يؤدي إلى وجود جو مهدد للطفل، وقد يهدد الآباء بعدم الاستمرار في حب أطفالهم أو تقبلهم، وقد يستجيب الأطفال إلى التهديد المستمر بالخوف والجبن، فهم ينسحبون محاولين تجنب هذه التهديدات، وبالتالي يصبحوا خجولين من المواجهات الاجتماعية مع الآخرين.

ز- التشدد في المعاملة:

التشدد في معاملة الأطفال والإكثار من توبيخهم وتأنيبهم لأتفه الأسباب ومحاولة تعديل السلوك بأسلوب قاسي وخصوصاً أمام الأخرين، يثير لدى هؤلاء الأطفال مشاعر بعدم الشعور بالأمن وبالتالي عدم الثقة بالنفس الأمر الذي يؤدي بالنهاية إلي شعورهم بالانسحاب أو الخجل.

ح- المشاجرات بين الوالدين:

إن المشاجرات المتكررة بين الوالدين وخاصة أمام الأطفال لها أثر كبير على الأطفال وتؤدي إلى شعورهم بالتهديد وعدم الأمن والخوف من تكوين علاقات اجتماعية مع الأخرين وخاصةً مع الجنس الآخر.

ثانياً: تسمية الذات بالذات الخجولة

يظهر نمط تسمية الذات عندما يتقبل الأطفال أنفسهم كخجولين ويتصرفون، كما أن عليهم أن يثبتوا أنهم فعلاً خجولين وغير مؤكدين لذاتهم، ويهملون أية معلومات تتناقض مع هذا الإدراك، فهم لا يعتقدون بأن أي مديح يوجه إليهم يمكن أن يكون صحيحاً وتصبح قناعتهم وحديثهم الذاتي: "إنني مجرد شخص خجول، هذه هي شخصيتي" ومن المعتاد أن يكرروا حديثاً سلبياً مع الذات مثل "انني لا أستطيع التحدث مع أحد، لأنني اعرف بأنهم سوف يكرهوني"، ومن الجدير بالذكر أن هذه التسمية تظهر عندما يطور الأطفال قدرة معرفية أكثر تقدماً، ويستطيعون إدراك وفهم تقييم الأخرين لهم .

ثالثاً: النمذجة

إذا كان الوالدين، والراشدين من حول الطفل يتصفون بالهدوء والخجل وذوي علاقات اجتماعية محددة، ويقدموا نماذج سلوكية تدل على الخوف وعدم الثقة بالنفس أو بالآخرين، ويتحدثون بريبة وشك عن الآخرين، وهذا يؤدي إلى مزيج قوي من وجود استعداد وراثي للخجل، بالإضافة إلى العيش مع نماذج من الراشدين الخجولين (حمدي وداوود، 1989).

رابعاً: الخوف من المدرسة

يمكن أن يفسر هذا الظرف بعض حالات الخجل أو الانسحاب الاجتماعي الذي قد يظهر لدى أطفال الروضة الصنوف اللاحقة؛ فعندما يبدأ الأطفال المدرسة وفي يومهم الأول قد يظهروا مخاوف من المدرسة (عادةً ينتج الخوف من المجهول أو المعارضة للانفصال عن الوالدين، أكثر من رد الفعل السلبي من المعلم أو المدرسة)، وكذلك يمكن أن يطوروا قلقاً اجتماعياً كاستمرار لردة الفعل للفشل المتكرر، العلاج الخاطئ، الرفض من قبل الأقران أو البالغين، وقد يظهر بعض الطلبة توافق جيد مع مجموعة الرفاق ولديهم قدرة للتفاعل اجتماعياً مع المعلم، ولكنهم ربما يظهروا خشية من الاتصال عندما يطلب منهم الإجابة على أسئلة أكاديمية، الأداء بشكل علني أو الانشغال في أنشطة يدركون أنه سيتم تقييمهم في ضوئها. وأخيرا يختبر العديد منهم مرة على الأقل نزعة أو ميل لظهور مشكلات توافق اجتماعي عندما يغيروا المدرسة أو الصف (Brophy, 1996).

خامساً: الأساس العصبي للخجل

إن الأساس العصبي لعناصر الخوف أو القلق الاجتماعي للخجل تتركز في منطقة من الدماغ تدعى Amygdala & Hippocampus ويبدو أن Amygdala لها ارتباط بالخوف، ويسيطر Hippocampus على الحالة العامة للأفراد، وكذلك يعتبر عامل هام جداً في عملية التعلم والذاكرة، يوجد أثر لمجموعة الانوية في الممرات المستقيمة ولها أثر مهم على السلوكيات الانفعالية وإثارتها وتمتد هذه الممرات لتصل إلى تحت المهاد (Hypothallames) وإلى الدماغ. ويعتبر تحت المهاد المثير لنظام التشابك العصبي الخاص بالأحاسيس والأعراض الفسيولوجية المرتبطة بالخجل، ومنه الارتعاش، زيادة سرعة ضربات القلب، وشد العضلات، واحمرار الوجه (Henderson & Others, 1999).

الانسحاب الاجتماعي (Social Withdrawal)

تعددت المصطلحات والأوصاف التي استخدمت في الدراسات النفسية والتربوية لوصف مفهوم الانسحاب الاجتماعي، ومن أهمها: العزلة الاجتماعية، الانطواء على الذات، والانسحاب الناتج عن القلق (المصري 1994).

مفهوم الانسحاب الاجتماعي:

عرف معجم علم النفس الانسحاب الاجتماعي على أنه: "نمط من السلوك يتميز بإبعاد الفرد نفسه عن القيام بمهمات الحياة العادية. ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية. ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية. وأحياناً الهروب إلى درجة ما من الواقع الذي يعيشه الفرد" (الصباح، 1993).

أما العالمان كيل وكاتيل (Kale & Kayeetal) فقد عرفا الانسحاب الاجتماعي تعريفاً إجرائياً حيث قدما التعريف الآتي: "الأطفال المنسحبين اجتماعياً هم أولئك الذين يظهرون درجات متدنية من التفاعلات السلوكية والاجتماعية" (القمش، 1994).

وقد قام (Rubin & Mills, 1988) بدراسة طوليه بهدف فحص العوامل المشتركة بين الأطفال المنسحبين اجتماعياً في الصف الثاني ولاحقاً جمعها من طلبة الصف الرابع والخامس. وقد تم جمع البيانات من الأقران والمعلمين والطلبة أنفسهم، حيث ظهر نوعين من العزلة الاجتماعية:

القلق السلبي Passive- Anxious وعدم النضج في الأداء Active- Immature. وقد اظهر الأفراد غير الناضجين في الأداء تكرار وثبات اقل في سوك الانسحاب بالمقابل نوع القلق السلبي كان أكثر ثباتاً عبر الصفوف ويتنبأ بالاكتئاب والوحدة في الصف الخامس.

فالانسحاب الاجتماعي بصورة عامة هو الميل لتجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب والافتقار إلي أساليب التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية أو بناء صداقة مع الأقران إلى كراهية الاتصال بالآخرين والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة. وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة ويستمر لفترات طويلة، وربما طوال الحياة (الصباح، 1993).

مظاهر وأعراض الانسحاب الاجتماعي :

تتمثل مظاهر الانسحاب الاجتماعي بالعزلة وانشغال البال وتجنب المبادرة إلى التحدّث مع الآخرين أو أداء نشاطات مشتركة معهم، وقد يشمل الشعور بعدم الارتياح لمخالطة الآخرين والتفاعل معهم، وهذا السلوك يصاحبه أحياناً عدم الشعور بالسعادة ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب، كما قد ينطوي على انفعالات وسلوكيات أخرى مثل: القلق، الكسل أو الخمول، الخوف من التعامل مع الآخرين، الخوف من العقاب، عدم الوعي للذات وإدراكها، البطئ والتعثلم في الكلام، الشعور بالنقص والدونية، سهولة الانقياد، الخوف من الكبار، حب الروتين، عدم الاستجابة للتغير، التعبير اللفظي المحدود ومص الإصبع (دليل التربية الخاصة ...1993) (Stainback & Stainback, 1980; Shea, 1978).

والطفل المُنسحب أو المنطوي في العادة يكون مصدر خطر على نفسه وليس على الآخرين المحيطين به. فهو لا يثير المشاكل ولا الضوضاء داخل غرفة الصف وكثيراً ما يتم وصفه من قبل المعلمين بأنه طفل غير قادر على التواصل، وأنه خجول وحزين وعادة ما يفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقات مع الآخرين. إن الأفراد المنسحبين عادةً ما يكونوا طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم. وأصدقاؤهم قليلون ونادراً ما يلعبون مع الأطفال الذين هم في نفس عمرهم، كما تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وبعضهم تنمو لديه مخاوف مرضية لا أسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة، وبعضهم ينكص إلى مراحل مبكرة من النمو ويطالبون بمساعدة الآخرين لهم (السرطاوي وسيسالم، 1987) و (Hallahan & Kauffman, 1992).

يؤدي الانسحاب الاجتماعي إلى عدد محدود جداً من العلاقات الاجتماعية وإلى عدم اهتمام الآخرين بالأطفال المنعزلين اجتماعياً لأنهم يظهرون الانطواء والحزن وعدم التفاعل ويسبب الانسحاب الاجتماعي ابتعاد الأقران عن الطفل المنسحب وعدم اللعب معه سواء في البيت أو في المدرسة، كما أن انسحاب وابتعاد الطفل يسبب لديه عدم نضج اجتماعي وعدم القدرة على تمثل الأدوار الاجتماعية ونقصا في التعليم الاجتماعي والإدراك الاجتماعي والنمو المعرفي، وقد قام (Boivin & Shelley, 1997) بدراسة على عينة قوامها (793) طفل فرنسي في المرحلة الابتدائية، هدفت إلى تقييم العلميات الاجتماعية واصنفون كيف أن السلوك العدواني والانسحاب الاجتماعي يقودوا إلي إدراك سلبي للذات الاجتماعية. وقد أظهرت النتائج أن سلوك الانسحاب الاجتماعي يمكن أن يتنبأ بشكل منفرد بإدراك الذات الاجتماعية.

هذا ويميل المراهقون المنعزلون إلى تجنب المشاركة في المناقشة الصفية ولا يطلبون المساعدة من قبل المعلم أو المرشد أو المدير حتى عندما تواجههم مشكلة ما، كذلك فإن لديهم اتجاهات سلبية نحو أعضاء هيئة التدريس والزملاء والمدرسة بشكل عام، والمراهقين المنعزلين يتميزون كذلك بالتردد والتشاؤم حول المستقبل وعدم الثقة التي قد تصل إلى درجة الشك والسخرية من دوافع الآخرين، وإدراك للمجتمع على أنه غير ثابت ومليء بالأشخاص غير الموثوق بهم.

كذلك يجد الأشخاص المنسحبين اجتماعياً صعوبة في المبادرة الاجتماعية وفي تقديم أنفسهم للآخرين وفي إجراء اتصالات هاتفية وفي المشاركة في مجموعات، ومن هنا فإنهم يميلون لقضاء أوقاتهم في التسلية الفردية أو ممارسة النشاط الفردي كمشاهدة التفاز أو الاستماع للراديو أكثر من قضائهم الوقت في التسلية مع الآخرين(المصري، 1994).

أما الانسحاب الاجتماعي الشديد فهو يتضمن- بالإضافة إلى ما سبق - عدم الاتصال بالحقيقة وتطوير عالم خاص والاستغراق الشديد في أحلام اليقظة لدرجة قد تؤدي إلى الوصول بالطفل إلى حالة التوحد أو فصام الطفولة، كما أن الأطفال المنسحبين اجتماعياً من هذا النوع يفتقدون الثقة بالآخرين وهم غير مبالين ولا يشتكون مطلقاً في المناسبات الاجتماعية (الصباح، 1993)

أشكال الانسحاب الاجتماعي:

صنف جرينوود وآخرون (Greenwood, et. al, 1977) الانسحاب الاجتماعي إلى صنفين هما:

1- الانسحاب الاجتماعي الذي يتمثل بالأطفال الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة، مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية والخوف من التفاعلات الشخصية.

2- العزل الاجتماعي أو الرفض: ويتمثل بالأطفال الذين سبق لهم وأن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة مما يؤدي إلى انسحابهم وانعزالهم.

ويصنف كل من كوك وأبولوني (Cook & Appolloni) الانسحاب الاجتماعي التفاعلي (Interaction- Social Withdrawal) بالاعتماد على تكرار ونسبة حدوث السلوك الاجتماعي الذي يقوم به الطفل، أي عدد المرات التي يقوم بها الطفل بنشاطاته مثل تمرير كرة إلى الآخرين، الابتسامة، القيام بالألعاب الاجتماعية المشتركة مع الآخرين، وقد وجد أن هذا الأسلوب (أسلوب التكرار والنسب) له فائدة في التشخيص الإكلينيكي للانسحاب الاجتماعي.

أما جوتمان (Gottman) فقد استخدم لتصنيف الانسحاب الاجتماعي مجموعة من المفاهيم كأدوات اجتماعية مثل الشهرة، السمعة، تكوين صداقات مع الآخرين والرفض لمجموعات الأقران.

وبناء على ما سبق يمكن القول أن الانسحاب الاجتماعي ينقسم إلي قسمين هما:

1- الانسحاب الاجتماعي البسيط: يتضمن الانعزال والابتعاد عن الآخرين وعدم إقامة علاقات صداقة معهم والامتناع عن المبادرة بالحديث بشكل مستمر وعدم اللعب مع الآخرين وعدم الاهتمام بالبيئة المحيطة، بالإضافة إلى أنه يتصف بالخمول وعدم النضج، كما يقتنع بالمشاهدة دون المشاركة ولكنه لا ينسى المحيط.

2- الانسحاب الاجتماعي الشديد : وينجم عن تعديل خاطئ في الانفعالات حيث يرى الطفل الآخرين على أنهم مصدر ألم وعدم راحة، لذلك يلجأ للانعزال عن الآخرين، ويكون عند هذا النوع من المنسحبين اجتماعياً سوء تكيف قد يؤدي إلي ظهور اضطرابات سلوكية شديدة في حالة عدم التدخل في الوقت المناسب (الصباح، 1993).

أسباب الانسحاب الاجتماعي:

يعتبر سلوك الانسحاب الاجتماعي مظهراً من مظاهر سوء التكيف لدى الأطفال، وهو نمط سلوكي شائع يمكن أن ينتج عن عدة عوامل منها:

1- وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في عمل الهرمونات في الجسم.

2- وجود نقص في المهارات الاجتماعية: وعدم معرفة الطفل للقواعد الأساسية لإقامة علاقات مع الآخرين وعدم التعرض للعلاقات الاجتماعية، فهذا كله قد يعيق تطور الميول المشتركة بين الطفل ورفاقه وقد أكدا (Fitzpatick & Anne, 1996) أن هناك أثر للتفاعل الاجتماعي ضمن الأسرة على كل من سلوك الانسحاب الاجتماعي وتقييد الذات الاجتماعية، من خلال أجراء دراسة هدفت إلي قياس بيئة الاتصال الأسرية للأطفال في الصف الأول والرابع والسادس والسابع، ويقترح بأن التفاعل والاتصال الاجتماعي ضمن نطاق الأسرة له أثر إيجابي على تطور المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي لكل من الأولاد والبنات في مراحل النمو المختلفة.

3- خوف الطفل من الآخرين : ويأخذ الخوف أشكالاً متعددة، إلا أنه يؤدي أساساً إلى الرغبة في الهرب من المشاعر السلبية عن طريق تجنب الآخرين، كما أن خبرات التفاعل الاجتماعي السلبية المبكرة مع الأخوة أو الرفاق تجعل الطفل يتأثر ويبتعد عن مخالطة الآخرين.

4- عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الآخرين وكذلك تعرضه للأذى والألم يسبب له سلوكاً إنسحابياً، حيث لوحظ أن سلوك الانسحاب الاجتماعي يظهر أكثر عند الأطفال الذين تعاني أمهاتهن وآباؤهم من اضطرابات سلوكية.

5- رفض الآباء لأبنائهم- سواء كان ذلك مقصوداً- قد يقود الانسحاب إلى عالم الأماني وأحلام اليقظة ، وقد وجد (East, 1991) بأن آباء الأطفال العدوانيين والمنسحبين اجتماعياً يشعرون أنهم يقدمون دعم أقل لابناءهم بالمقارنة بآباء الأطفال الذين لا يعانوا من تلك الاضطرابات. وكذلك بين (Harrist & Ananda, 1997) من خلال دراستهما الطويلة لمدة أربع سنوات على عينة قوامها (150) طفل مصنفين من قبل المعلمين ضمن أربع أنواع من الانسحاب الاجتماعي: لا يوجد لديهم قدرة اجتماعية، قلقين، منعزلين، مكتئبين، حيث تبيّن أن الأطفال المنعزلين ظهر لديهم معدلات عالية من الإهمال على مقياسي العلاقات الاجتماعية، والأطفال المنعزلين ظهر لديهم معدلات عالية من الرفض على نفس المقياس، أما الأطفال المكتئبين فظهر لديهم معدلات عالية على الرفض والإهمال، وأظهر الأطفال المنعزلين كفاية اجتماعية أقل.

6- كذلك فإن رفض الوالدين لرفاق الطفل يشعره بشكل مباشر أو غير مباشر بأن الأصدقاء الذين اختارهم غير جيدين بما فيه الكفاية، مما ينتج عنه شعور الطفل

بتدني مفهوم الذات لديه وكذلك ميله إلى العزلة وتطور الرغبة لديه في الحصول على الرضا وطلب الوحدة وتصبح العلاقة مع الآخرين غير ذات قيمة بالنسبة له.

7- العادات والتقاليد السائدة في بيئة الفرد بالإضافة إلى نمط الحياة العائلية خاصة ازدواجية المعاملة بمعنى الضرب والعقاب والتجاهل تارة، والمكافأة والتعزيز تارة أخرى، كل ذلك قد يدفع بالطفل إلى سلوك العزلة الاجتماعية، وبتعدد الأشخاص والمواقف والظروف التي عليه أن يتجنبها، يصبح الطفل في وضع سيء من الانسحاب والعزلة.

8- الخجل: وهو من أكثر الأسباب شيوعاً للانسحاب الاجتماعى، حيث يحول هذا العامل دون التعبير عن وجهة النظر لدى الفرد الخجول ويحول كذلك دون التفكير والحديث عن الحقوق بصوت عال كما يمنع الفرد من مقابلة أناس جدد وتكوين صداقات جديدة.

9- وجود إعاقة عند الطفل تسبب له سلوك العزلة والانطواء على الذات، كالاعاقات الظاهرة العقلية والسمعية والبصرية.... إلخ.

والإعاقات الخفية أيضاً مِثل: صعوبات التعلم والمشكلات اللغوية تؤدي بالطفل إلى الابتعاد عن مخالطة الآخرين وتجنب المواقف الاجتماعية (حمدي وداوود، 1989؛ الصباح 1993 ؛ المصري 1994).

قياس وتشخيص الانسحاب الاجتماعي:

هناك ثلاثة أساليب رئيسية لقياس الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال وهي:

1- الملاحظة الطبيعية: وهي الأكثر استخداماً، وتتمتع هذه الطريقة بالصدق الظاهري حيث أنها تتضمن ملاحظة أنماط تفاعل الطفل في المواقف الطبيعية بشكل مباشر، كذلك فإن هذه الطريقة تمكن الباحثين من قياس سلوك الطفل بشكل متكرر ودراسة المثيرات القبلية والمثيرات البعدية المرتبطة بسلوك الطفل وذلك له أهمية كبيرة في تحليل السلوك وبالتالي وضع الخطط العلاجية المناسبة.

2- المقاييس السوسيومترية: وتعرف هذه الطريقة باسم (ترشيح الأقران)، حيث تشتمل عادة على تقدير الأقران للسلوك الاجتماعي والمكانة الاجتماعية للطفل، وقد أصبحت هذه الطريقة من الطرق المستخدمة على نطاق واسع.

3- تقدير المعلمين: تتضمن هذه الطريقة توظيف قوائم التقدير السلوكية والتي يقوم المعلمون باستخدامها لتقييم الانسحاب الاجتماعي للأطفال، وتشمل هذه القوائم جملة من الأنماط السلوكية الاجتماعية التي يطلب من المعلمين تقدير مدى إظهار الطفل لها

(Greenwook, et. al, 1997) ومن قوائم تقدير السلوك الشهيرة التي تعالج في جزء منها سلوك الإنسحاب الاجتماعي، القائمة التي أعدها كل من روس، لاسي وبارتون (Ross, Lacey & Parton, 1965) وفيما يلي بعض فقرات هذه القائمة:

* ينزعج بسهولة من التغيرات في الأشياء من حوله.
* لا يدافع عن نفسه عندما يضايقه الأطفال الآخرون.
* يخاف من التعرض للأذى خلال اللعب.
* ترتجف يداه عندما يطلب منه أن يعيد قول شيء سمعه.
* يقف جانباً في مكان اللعب.
* بطيء في تطوير علاقات الصداقة.
* يشعر بالحرج وحيداً.
* ليس لديه أصدقاء.

أساليب علاج الخجل والانسحاب الاجتماعي:

لكي نعالج طفلاً خجولاً يجب أن ندرك أنه حساس بشكل مفرط، وأنه بأمس الحاجة لأن تعيد إليه الثقة بالنفس، وذلك عن طريق مساعدته في تصحيح فكرته عن ذاته، وعلى قبول نقاط ضعفه، التي قد يعاني منها على أساس الواقع، وعلى أساس إن كل منا له نقاط ضعف. ومن الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها في وضع خطة علاجية لمشكلة الخجل:

العلاج السلوكي Behavior Therapy والعلاج المعرفي Cognitive Therapy

والذي يتميز بنزعته التجريبية التي تجعل من الممكن التحقق من المعلومات وضبط المثيرات، وبقصد بالسلوك في النظريات السلوكية بأنه "الاستجابات الظاهرية التي يمكن ملاحظتها كالأفكار والانفعالات"، وفيما يلي وجهات النظر التي تمثل الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكي والعلاج المعرفي.

1- طريقة المثير والاستجابة الحديثة.

2 التحليل السلوكي التطبيقي: Applied Behavior Analysis

3- نظرية التعلم الاجتماعي: Social Fearing Theory

4- العلاج السلوكي متعدد النماذج: Multimodel Behavior Therapy

5- طريقة العلاج المعرفي السلوكي: Cognitive Behavior Therapy

6- التدريب التدعيمي Assertiveness Training

7- ضبط الذات والسلوك الموجه ذاتياً Self-Directed behavior & Self Management Program

أولاً: طريقة المثير والاستجابة الحديثة:

تستخدم نظرية المثير والاستجابة عند كل من بافلوف (Pavlov)، وجاثرى (Guthrie) وهل (Hull) ومورر وميلر (Mowrer and Miller)، وتستمد طريقة المثير والاستجابة الحديثة إسهاماتها عند كل من ولبي (Wolpe) في إزالة الحساسية التدريجي (Wolpe, 1969)، تعديل السلوك المعرفي (Meichenbaum, 1977) التدريب على التغذية الراجعة (Srayve)، وايزنك (Eysenck). وتقوم هذه الطريقة على الاشراط الكلاسيكي وهو عبارة عن قدرة مثير محايد أصلاً على استدراج الاستجابة من العضوية نتيجة تكرار اقتران هذا المثير مع المثير الأصلي والذي له قدرة كبيرة على استدعاء الاستجابة المطلوبة.

ويضيف الشناوي وعبد الرحمن (1998)، إن أكثر الاستجابات يمكن تفسيرها بناءً على نظرية الاشراط الكلاسيكي (التقليدي) وخاصة فيما يتعلق بتعلم الانفعالات كالمواقف التي تولد القلق أو الخجل هو أحد هذه المواقف المرتبطة بالانفعالات التي يمكن تعلمها من خلال الاشراط الكلاسيكي. (الخولي، 1999).

وللاشراط التقليدي أسلوبين للتعامل مع السلوكيات غير المرغوب بها وهما:

أ- **الانطفاء (Extinction)**: ويتمثل بسحب المعزز من الاستجابة المعززة سابقاً وبالتالي قد يؤدي هذا إلى تناقصه وبالتالي إطفاءه. وينجح هذا على السلوكيات المتعلمة من ملاحظة النموذج ويطبق أيضاً لاستجابات الاشراط الكلاسيكي.

ب- **الاشراط المضاد (Counter Conditioning)**: أول من تحدث عن الاشراط المضاد هي ماري جونز (Mary Jones) وجاثري (Guthrie) من خلال إستخدام مبادئ التعلم لإبدال نوع استجابة باستجابة أخرى عن طريق استخدام أسلوب الاشراط الكلاسيكي، وللاشراط المضاد ثلاث خطوات هي:

1- تحديد المواقف التي تستجر الاستجابات غير المرغوب بها.

2- استخدام مبادئ التعلم وأساليب لتوليد استجابة مضادة للاستجابة غير المرغوبة، وتكون أقوى منها، مثل استخدام الاسترخاء العضلي كاستجابة مضادة للقلق،

واستخدام التدريب على توكيد الذات أو على المهارات الاجتماعية كاستجابة مضادة للخجل (الشناوي وعبد الرحمن، 1998) (Henderson, 1999).

ثانياً: التحليل السلوكي التطبيقي/ الاشراط الإجرائي:

وتعتمد على النظرية السلوكية عند سكنر (Skinner) ويرى أصحاب نظرية الاشرط الإجرائي (Operant Conditiioning) أن السلوك يحدث تحت سيطرة التعزيز أي أن نتائج السلوك هي التي تحدد تكرار السلوك والقيام به (ويتبع هنا قانون الأثر) وبذلك فإن احتمالية حدوث السلوك السوي واللاسوي في المستقبل محكوم بنتائجه (الشناوي، 1994). فإذا كانت نتائج السلوك الاجتماعي جيدة ومعززة للشخص فإن احتمالات تكرار هذه السلوكيات تزداد؛ فإذا ما قام أحد الأطفال بالتحدث أمام مجموعة من الضيوف في البيت، وأثنى عليه الأهل واحترموا رأيه، فإن هذا السلوك يعزز ويزيد من احتمال قيامه بمثل هذه المبادرات والتفاعلات الاجتماعية، أما إذا وجد النقد و (البهدلة) من أحد أفراد الأسرة فتقل احتمالية مثل هذه المبادرات والتفاعلات الاجتماعية لدى الطفل وبالتالي ينسحب من مثل هذه المواقف، فنواتج السلوك هي التي تحدد احتمالية حدوثه في المستقبل.

ومن أهم أنواع الاشراط الإجرائي:

أ- التعزيز الإيجابي: تقديم المثير الذي يزيد من احتمالية الاستجابة.

ب- التعزيز السلبي: تقديم مثير غير مرغوب فيه يتوقف عند حصول السلوك المرغوب فيه.

جـ- العقاب: إحداث مثير غير مرغوب فيه بعد حصول السلوك وبالتالي يقلل من احتمالية حدوث السلوك.

د- التعزيز التفاضلي: وهنا تقل احتمالية الاستجابة غير المرغوب فيها من خلال إهمال الاستجابة غير الصحيحة وتعزيز السلوك المرغوب.

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي/ أو التعلم بالملاحظة Observational Learning:

لقد دُرس موضوع التعلّم بالملاحظة تحت عناوين مختلفة (النمذجة، التقليد، تحقيق الذات، لعب الدور). وقد طور هذا الأسلوب باندوره وروتر (Bandura & Rotter) حيث حاولوا دمج مبادئ علم النفس المعرفي مع نظريات التعليم التقليدية في نظام أطلقوا عليها اسم نظرية التعلم الاجتماعي أو بالملاحظة، حيث وجدوا أنه بالإضافة إلى تعلم الإنسان من

خلال العمل وهو مبدأ الاشراط الإجرائي والكلاسيكي فإن الإنسان يمكن أن يتعلم من خلال الملاحظة (Observation). ويرى باندورا أن السلوك يحدث نتيجة تفاعل مستمر بين العوامل الشخصية الداخلية والبيئية. وبالتالي فإن عمليات الترميز والاعتبار والتنظيم الذاتي لها دور هام، فهذه النظرية تهتم ببعض العلمليات المعرفية، ويرى باندورا (Bandu-ra) أن التعلم بالملاحظة يحدث من خلال أربع عناصر أو مراحل رئيسية هي:

الانتباه (Attention) من خلال مراقبة شخص ما سلوك شخص آخر (نموذج) بدون أن يقوم الشخص الأول المراقِب للسلوك بأداء أي استجابة من سلوكيات النمذجة التي يراقبها، وبالتالي تعلم السلوك عن طريق ملاحظة سلوكيات النموذج من خلال عملية ترميز وحفظ أحداث النمذجة (Retention)، أما إعادة أداء هذا السلوك المنمذج (Regeneration) فيعتمد على سلسلة من العوامل تشمل نتائج الاستجابة للنموذج وللمراقب، وكذلك يعتمد على دافعية (Motivation) المراقِب والنموذج وخصائصهم وعلى عدد النماذج المراقبة (Clarizio & Maccoy, 1993).

وبناء على هذه النظرية فإن الخجل يتم تعلمه من خلال الملاحظة وتقليد الآخرين الذين يلاحظهم والذين يظهرون سلوكيات خجولة في المواقف الاجتماعية المختلفة وخاصة الوالدين. (الخولي، 1999؛ الشناوي، 1994).

ونلاحظ مما سبق أنه يتم عرض نموذج أمام المراقِب وهذا النموذج له علاقة بالسلوك المستهدف. وقد يكون هذا النموذج:

أ- نموذج حقيقي: أي وجود شخص يمثل السلوك.

ب- نموذج رمزي: مثل فلم.

وتستخدم النمذجة في تعلم سلوكيات إجتماعية جديدة، وكذلك تشجع على الانطفاء المباشر لسلوك غير مرغوب (Clarizio & Maccoy, 1993) .

وقد أكد (Hastas, 1995) أهمية التدخل المبكر لعلاج اضطرابات الخجل والانسحاب الاجتماعي والاكتئاب وعلى ضرورة التركيز أثناء التدخل على تطوير اللغة المتكاملة للأطفال تطوير المهارات الاجتماعية وعلى النمو الانفعالي الإيجابي.

بعاً: العلاج السلوكي متعدد النماذج (Multimodal Therapy):

وتعتبر هذه الطريقة في العلاج طريقة شاملة ومنظمة لتعديل السلوك، وقد قام زاروس (Lazarus) على تطويرها ويعتبر نظام مفتوح يشجع على الانتقاء التقني،

فالمعالجين متعددي الأوجه يكيّفون أساليبهم مع خلفيات وحاجات المضطربين الذين يعالجوهم؛ فالهدف من هذه النظرية هو اللحاق بأفضل الطرق لكل مضطرب، أكثر من المحاولة لضغط المضطرب في قالب عام: Limitation and Criticisms of Behavior Therapy (Geroy, 1996). ويتمثل جوهر طريقة العلاج المتعدد الأوجه في أن شخصية الفرد المعقدة تحلل إلى سبع مجالات أساسية تمثل المجال الذي قد يظهر فيه الاضطرابات التي قد يتعرض لها الفرد، وتتفاعل مع بعضها البعض مع أنها غير مترابطة، تجمعها حروف كلمتي (BASIC- ID)، والتي تمثل الخريطة المعرفية التي تضمن كل وجه من أوجه الشخصية الملفت للانتباه (Geroy, 1996) يرمز:

1- الحرف (B) إلى السلوك الظاهر (Behavior) وردود الأفعال التي تقاس من خلال طرح الأسئلة مثل: "ما هي السلوكات المحددة التي تمنعك من الحصول على ما تريد؟"

"ما مدى تفاعلك؟"، "ما الذي تحب القيام به؟".

2- الحرف (A) يرمز إلى الاستجابات الانفعالية (Affect) سواء الحالة المزاجية أو المشاعر القوية لدى الشخص. ومن الأسئلة التي يمكن أن يطرحها المعالج هنا:

"ما الذي يجعلك حزين، خائف....؟"

"ما هي الانفعالات التي تعتبرها مشكلة بالنسبة لك؟"

"ما هي المشاعر التي تختبرها عادةً؟"

3- الحرف (S) يرمز إلى (Sensation) ويشير هذا إلى الحواس الخمس. ومن الأسئلة التي يمكن طرحها هنا:

"هل تعاني من الإحساس غير السار مثل الآلام، الدوار.... وغيرها؟"

"كم تركز على الأحاسيس؟"

"ماذا تحب أو تكره في طريقة النظر، السمع، .....؟"

4- الحرف (I) يرمز إلي التخيل (Imagenry) وتضم الأحلام والذكريات، ويشير إلى الطرق التي يصور بها الفرد نفسه. ومن الأسئلة التي قد تشير إلى هذا البعد:

"ما هي الذكريات التي تشكل لديك مصدر إزعاج؟"

"كيف تنظر إلى جسمك؟"

"ما هي بعض الأحلام المزعجة المكررة عندك؟"

5- ويرمز (C) إلى الإدراك (المعرفة) (Cognition) ويشير إلى الأفكار والمعتقدات الفلسفية الشخصية والأحكام التي تشكل قيم الفرد الأولية ومن الأسئلة عليها:

"ما هي القيم والمعتقدات التي تحب أن تعززها لديك؟"

"ما هي بعض معتقداتك اللاعقلانية"؟ وكيف تؤثر على فاعلية حياتك:.

"كيف تصنّف نفسك كمفكر؟"

6- أما الحرف (I) في الكلمة الثانية فيرمز إلى العلاقات الشخصية (Interpersonal Relationships) والتي تضم التفاعلات مع الأشخاص الآخرين. ومن الأمثلة عليه:

كيف تصنّف نفسك كإنسان اجتماعي؟"

"هل هناك أي علاقات مع الآخرين تأمل بتغييرها؟" إذا نعم، فأي نوع من التغييرات تريد؟"

7- ويشير الرمز الأخير (D) إلى الأدوية/ المخدرات Drugs/ biology وتهتم أيضاً بالعادات الغذائية للفرد والتمارين الرياضية. ومن الأسئلة التي يمكن أن تطرح هنا:

"هل تأخذ أي علاج موصوف؟"

"ما هي عاداتك المتعلقة بـ: التمارين الرياضية ...؟"

(الخولي، 1999)، (Corey, 1999).

ويؤكد الشناوي (1994) أن الاضطرابات وفقاً لهذه النظرية هي نتيجة لمشكلات متعددة التكوين، مما يسمح للمعالجين فهم الفرد على أتم وجه.

وتبرز الحاجة إلى مواجهة هذه الاضطرابات باللجوء إلى استراتيجيات علاجية متعددة الوسائل، مثل تدريب ضبط القلق، تكرار السلوك، تغذية راجعة حية، تدريبات، الاتصال والتفاعل، عقد الاتفاقيات، التنويم المغناطيسي، التأمل والتفكير، النمذجة، التخيّل الإيجابي، التعزيز الإيجابي، التدريب على الاسترخاء، التدريب على التعليقات الذاتية، التدريب على التركيز على الشعور، المهارات الاجتماعية، التدريب التوكيدي، إدارة الوقت، إيقاف التفكير (Lazarus, 1989 in: coreys 1996).

وينشأ الاضطراب عند الأفراد وفق هذه النظرية نتيجة:

1- لظروف التعلم المحيطة بموقف التعلم، والترابطات الشرطية.

2- التعرض للنماذج التي يقلدها الفرد بقصد أو بدون قصد.

3- اكتساب الفرد لمعلومات وقيم متناقضة أو معلومات خاطئة.

4- وجود تعلم ناقص وغير ملائم، وهنا قد يتكون لدى الفرد فجوات في الذاكرة نتيجة لنقص بالمعلومات الضرورية.

ومن المسببات السابقة للاضطراب يمكن أن نستنتج أن الخجل والانسحاب الاجتماعي قد يحدث نتيجة أسباب متعددة مثل الاشراط أو التعرض لنماذج خجولة في حياته، واكتساب معلومات غير ملائمة أو خاطئة، ولذلك فأن الأساليب العلاجية من وجهة نظر هذه النظرية تكون متعددة الوسائل.

وظيفة المُعالِج:

ويباشر المُعالِج وظيفته التطبيقية في علاج الخجل والانسحاب الاجتماعي من خلال تزويد المضطربين بالمعلومات والتعليمات والتغذية الراجعة، ويعملوا على وقف المعتقدات اللاعقلانية لدى المضطربين، ويزودوا بالتعزيز الإيجابي. ومن الضروري أن يبدأ المعالجون من موقع المضطرب الحالي (Where the client is) وبعدها يسعى المعالجون إلى الكشف عن جوانب أخرى في الاضطراب الموجود لدى الأفراد. إن الفشل في فهم موقف الخجل والانسحاب الاجتماعي يقود بسهولة إلى شعور هذا الفرد أنه منفِّر وغير مفهوم (Lazar-us, 1989 in: coreys 1996).

لذا، فإن (لازاروس) يؤكد على ضرورة تمتع المُعالِج المتعدد الأوجه بعدة صفات أهمها: أن يكونوا فعّالين ومؤثرين كأشخاص، يتمتعوا بمدى واسع من المهارات والأساليب للتعامل مع المشاكل المقدمة من المضطربين، يجب أن يكون لديهم "انتقاء تقني" حتى يتمكنوا من تحديد أي الأساليب أكثر فعالية تبعاً للمضطرب ونوع الاضطراب وبالتالي استخدامها (Geroy, 1993, Roberts, 1980)

وقد أشار لازاروس (Lazarus, 1989) إلى أن كل المعالجين متعددي الأوجه انتقائيين، وليس كل الانتقائيين معالجين متعددي الأوجه.

خامساً: العلاج السلوكي المعرفي:

أ- تعديل السلوك المعرفي:

واضع هذا العلاج ميكينبوم (Meichenboum) وتبعاً لميكينبوم (1977) فإن الحديث والمعتقدات الذاتية تؤثر على سلوك لأفراد وبالتالي ظهور الاضطرابات لديهم.

ويركز تعديل السلوك المعرفي على تعديل التعليمات والأفكار التي يوجهوها لأنفسهم باستخدام الاشرط الإجرائي. ولاحظ ميكينبوم أن بعض المرضى الفصاميين يرددون نفس العبارات أثناء المقابلات، وبذلك ابتعد هذا الأسلوب عن الاشراط الاجرائي التقليدي بإدخاله عنصراً معرفياً (Cognitive) في العلاج (Geroy, 1996).

وقد اتجه (ميكينبوم) إلى تعديل سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك مثل الاندفاعية، الخوف في الامتحانات، الخوف من الحديث أمام الآخرين، السلوك العدواني، من خلال التركيز على إكسابهم مهارات استخدام التعليمات الذاتية (Self- in- structions)، وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع استخدام أسلوب الاشراط الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل (Petterson, 1980) (الخولي، 1999).

كيف يتغير السلوك حسب هذا النموذج من المعالجه :

يقترح ميكينبوم أن السلوك يتغير نتيجة سلسلة من العمليات التأملية التي تتضمن تفاعل الحديث الذاتي والبنى المعرفية والسلوكيات والنتائج الناتجة عنها. ويصف ميكينبوم حدوث هذه العملية ضمن ثلاث مراحل للتغير تتضمن:

المرحلة الأولى: مراقبة الذات، وذلك من خلال:

تدريب المضطرب على مراقبة حديثة الذاتي الذي يتصف بالتعبيرات السلبية عن الذات والتي تنتج سوء تكيفه. والعامل المهم هنا دافعية ورغبة المضطرب وقدرته على مراقبة أفكاره والاستماع لها.

المرحلة الثانية: اكتساب المضطربين بُنية سلوكية معرفية جديدة، من خلال :

تدريبهم على البدء بحوار داخلي جديد من خلال العلاج ويعتبر الحديث الداخلي الإيجابي الجديد بمثابة دليل لسلوكيات جديدة، كما يؤثر علي البناء المعرفي (Geroy, 1996).

المرحلة الثالثة: تعليم المضطربين مهارات تكيّف فعالة :

وخلال هذه المرحلة يكتسب المضطربين استراتيجيات فعالة للتعامل مع مواقف واقعية مثيرة للتوتر من خلال تعليمهم كيف يعدلوا من بنائهم المعرفي، أي يقوم المعالج باتباع إجراء علاجي يتكون من خمس خطوات لتعليم مهارات التكيف الفعالة من خلال:

- تعريض المضطرب لموقف يثير القلق والتوتر عن طريق التخيل ولعب الدور.

2- يطلب من المضطرب تقييم مستوى قلقه.

3- جعل المضطرب أكثر إدراكاً للمعتقدات والادراكات المثيرة للقلق لديه عند مواجهته لموقف ما.

4- مساعدة المضطرب على تقييم أفكاره عن طريق إعادة تقييم تعبيره عن ذاته.

5- جعل المضطرب يلاحظ مستوى القلق بعد عملية إعادة التقييم.

وقد اثبت هذا النوع من العلاج كفاءة في علاج بعض الاضطرابات لدى الأفراد ومن ضمنها عدم الكفاءة الاجتماعية، المخاوف المرضية، الخجل والانسحاب الاجتماعي (Cormier ; Geray, 1996) & (Cormier, 1991).

ومن أهم التطبيقات على برامج مهارات التكيف الفعالة التي طورها ميكينبوم. **(استراتيجية تدريب التحصين ضد التوتر)**

والتي تعتمد على افتراض أن باستطاعتنا السيطرة والتأثير على قدرتنا على التكيف مع التوتر عن طريق تعديل معتقداتنا الداخلية حول أدائنا في المواقف المثيرة للتوتر.

وتتكون هذه الاستراتيجية من مجموعة من الاستراتيجيات تتضمن:

تقديم المعلومات، المناقشة، إعادة البناء المعرفي، حل المشكلات، تدريب الاسترخاء، الإعادة، مراقبة الذات، تعزيز الذات، تعديل المواقف البيئية.

وقد صمم ميكينبوم نموذج يتكون من ثلاث مراحل للتحصين ضد التوتر:

1. **المرحلة المفاهيمية:** هنا يتم مساعدة المضطرب على فهم طبيعة التوتر وإعادة التعبير عنه بشكل اجتماعي. وذلك من خلال تعاون المعالج والمضطرب على فهم طبيعة المشكلة، ويتم تزويد المضطرب بتعبيرات خاصة مساعدة في فهم الطريقة التي يستجيب فيها للمواقف المثيرة للقلق لديه، وبالتالي الخجل أو الانسحاب الاجتماعي، وكذلك يتم تعليم المضطرب بالدور الذي تلعبه الانفعالات في ظهور التوتر والحفاظ عليه من خلال توجيهات ذاتية.

وعندما يدرك المضطرب أهمية العلاج يتم توعيته لدوره في خلق التوتر الذي يشعر به ويتم إكسابه هذا الوعي من خلال تدريبه على مراقبة تعبيراته الداخلية وسلوكاته الناتجة عن هذه التعبيرات. (Geroy, 1996).

2. **مرحلة اكتساب المهارات وتكرارها:** ويتم هنا تدريب المضطرب على مجموعة من أساليب

التكيف المعرفي ليطبقها على المواقف المثيرة للتوتر والقلق بهدف تقليل التوتر وذلك عن طريق القيام بعمل ما، تدريب طرق الاسترخاء العضلي، التدريب على عبارات التكيف ومنها:

"كيف أستطيع مواجهة ما يسبب لي التوتر والتعامل معه"؟

"كيف أستطيع تعزيز التعبيرات الذاتية"؟

في برنامج معالجة التوتر يتم استخدام عدة استراتيجيات أهمها:

تدريب الاسترخاء، تدريب المهارات الاجتماعية، تدريب التعليم الذاتي، مساعدة المضطرب على إجراء تغييرات في أسلوب الحياة مثل إعادة وتقييم الأولويات، تدريبه على طرق أخرى تؤدي للاسترخاء الكامل كالتأمل، اليوغا، الشد والاسترخاء.

3. مرحلة التطبيق والمتابعة ويتركز هنا على إحداث التغيير والاحتفاظ به وتعميمه على الحياة الواقعية وهنا يقوم المضطرب بممارسة التعبيرات الذاتية وتطبيق مهارات جديدة في حياته من خلال تطبيق الواجبات البيئية المكلف بها.

ويعتبر تعديل السلوك المعرفي لميكينبوم (CBM) بديل رئيسي للعلاج العقلي العاطفي والتي أسهمت بشكل رئيسي أيضا في تفسير اضطرابات السلوك والانفعال ومن ضمنها الخجل والانسحاب الاجتماعي حيث يلخص اليس (Ellis) واضع نظرية العلاج العقلي العاطفي نظرية للاضطرابات الانفعالية بنموذج (ABC) ويرى هنا أن الاضطرابات الانفعالية لا تنشأ عن الخبرات والحوادث التي يعترض لها الفرد (A)، وإنما تنتج عن نظام المعتقدات والأفكار (B) التي يتبناها الأفراد حول هذه الأحداث، وتمثل (C) النواتج الانفعالية مثل القلق الاجتماعي والخجل والانسحاب الاجتماعي. وتأخذ هذه الأفكار والمعتقدات شكل المطالب الحتمية والأوامر المطلقة والأفكار اللاعقلانية، ووضع (اليس) إحدى عشرة فكرة لاعقلانية يتبنى بعضها الأفراد الذين يعانون من سوء التكيف وتختلف درجة سوء التكيف باختلاف عمق وجذور الأفكار اللاعقلانية لدى الأفراد (الشناوي، 1994: الخولي 1999)، (Geroy, 1996).

ومن الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الأفراد الذين يعانون من مشكلة الخجل أو لانسحاب الاجتماعي: "يجب أن أكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة، وأن أنجز شكل كامل لأكون ذا قيمة وأهمية"، وهنا فإن خوف الفرد من الرفض الاجتماعي واهتمامه لكبير في رأي الآخرين في قدراته الاجتماعية يجعله يعزي قيمة الذات لديه بمدى قبول

الآخرين له. وفشله في موقف اجتماعي يجعله يعممه لمواقف أخرى وهذا يثبت أنه ليس ذو قيمة، وبشعور الخجول بوجود نقص في مهاراته الاجتماعية، واعتقاده بعدم كفاءته أو قدراته على الإنجاز يؤدي إلي تجنب المواقف الاجتماعية (Jones. et. al, 1986).

ويركز العلاج المعرفي عند بيك (Beck) على الافتراض أن المعرفة هي الجانب الرئيسي المؤثر في مشاعرنا وسلوكنا وبالتالي اضطرابات الانفعال تحدث نتيجة ردود الأفعال الفردية التي تؤدي إلى تشوش الموقف أو مسار التفكير، وتستمر هذه الأفكار المشوشة لأنها تبدو معقولة لدى المضطرب، ولا تكون معقولة لدى الآخرين (Geroy, 1996) (الشناوي، 1994).

ويرى (بيك) أن العلاج المعرفي يعالج جميع الآلام النفسية عن طريق حصرها للمفاهيم الخاطئة والإشارات الذاتية، وبالنسبة لتغيير الاضطراب الوظيفي للانفعالات والسلوكات فأفضل أسلوب لذلك هو (تعديل الاضطراب الوظيفي في التفكير).

وكما يرى بيك فإن الأفكار المشوهة والمسببة للقلق لدى الفرد تتركز على توقع الخطر والأذى وعلى الحكم بشكل سيء على الموقف بدون وجود براهين كافية (الاشتقاق الاعتباطي)، وتقديره الزائد لاحتمالية الإيذاء وما يمكن أن يحدث والتقدير المنخفض حول قدرته على التكيّف وتفخيم التعميم من خلال الربط بين الأحداث غير المتشابهة إذا وجد فرد صعوبة في التعامل مع أحد أقرانه، فإنه سيعمم ذلك بأنه لا يستطيع التعامل مع أي قرين، وقد يطلق تعميم انه غير فعال في التعامل مع الآخرين؛ فالخجول والمنسحب اجتماعياً قد يتوقع الرفض أو الفشل وعدم الاستحسان من قبل الشخص الآخر وبالتالي الارتباك والحرج والانسحاب من قبل هذه المواقف (Geroy, 1996)، (الخولي، 1999).

سادساً: التدريب التدعيمي Assertiveness Training:

يعتبر التدريب التدعيمي النهج السلوكي الأكثر شعبية، وهو نمط من التدريب على المهارات الاجتماعية، وتعتبر من وجهات النظر التي تفسر القلق الاجتماعي والخجل والانسحاب الاجتماعي وترى أن هذه الاضطرابات تنشأ نتيجة نقص المهارات الاجتماعية المطلوبة، وبالتالي نقص القدرة على التعبير الإيجابي عن الذات؛ ففي كل مراحل النمو لدى الإنسان يجب أن تولى المهارات الاجتماعية أهمية كبيرة، فالأطفال بحاجة إلى تعلم كيفية تكوين صداقات واختيار الأصدقاء، وكيفية التفاعل بفعالية مع الآخرين، والرؤساء في العمل، وبالمقابل الأفراد الذين تنقصهم المهارات الاجتماعية يجدون صعوبات متكررة في

البيت وفي المدرسة وفي العمل وفي أوقات فراغهم. وقد صممت الطرق السلوكية لتعليم الأفراد طرق التفاعل بإيجابية مع الآخرين وبطريقة مؤكدة للذات، ويقوم التدريب التوكيدي على افتراض أساسي مفاده أن من حق الأشخاص التعبير عن مشاعرهم، أفكارهم، معتقداتهم، ومواقفهم، ويهدف التدريب التوكيدي إلى زيادة حرية الأفراد السلوكية وبالتالي يستطيعون اختيار كيفية التصرف بطريقة يعبرون من مشاعرهم بطريقة إيجابية وفعالة تعكس تأكيدهم وإدراكهم لمشاعر وحقوق الآخرين وتفسّر وجهة النظر المعتمدة على التدريب التوكيدي اضطرابات السلوك كالخجل والانسحاب الاجتماعي على أنه ناتج عن نقص في قدرة الفرد على التعبير عن أنفسهم أمام الآخرين بسبب نقص المهارات الاجتماعية اللازمة، وبالتالي تركز معظم برامج التدريب التوكيدي للخجولين والمنسحبين إجتماعياً على معتقداتهم الذاتية المحيطة، والتفكير الخاطئ وتعمل هذه البرامج على إعطاء الأفراد الخجولين أو المنسحبين اجتماعياً مهارات وأساليب للتعامل مع المصاعب في المواقف المختلفة وتركز هذه البرامج أيضاً على معتقدات الأفراد التي تلازم ضعف التأكيد عندهم وتدربهم على بناء تعبير ذاتي إيجابي تمهيداً لبناء نظام معتقدات إيجابي والتي تكون نتيجتها سلوك مؤكد.

وكثيراً ما يعتمد هذا الأسلوب في تدريب الشخص الخجول والشخص المنسحب اجتماعياً، بالإضافة إلى الاعتماد على أسلوب الاشراط المضاد (Counter Conditioning) الذي يوضح أن الخجل والانسحاب الاجتماعي ينشأ عن القلق. وقد تطورت استراتيجية تأكيد الذات كاستجابة مضادة للقلق الشرطي، فقد جاء ولبي (Wolpe) بمفهوم الكف المتبادل (Reciprocal Inhibition) حيث يمكن التقليل من الخجل أو الانسحاب الاجتماعي من خلال تحييد أو كف هذا القلق بطريقة ما. (Jones et.al, 1986).

وقد استطاع سالتر (Salter) أن يستخدم هذه النظرية بنجاح في منهج اسماه العلاج بطريقة الفعل المنعكس الشرطي. وبناءً على ذلك يمكن التميز بين نمطين من الشخصية الإنسانية:

1- الشخصية المقيدة المكفوفة: وهي شخصية منسحبة وحبيسة لانفعالاتها وعاداتها.

2- الشخصية المستثارة أو المنطلقة: وهي شخصية تتميز بالإيجابية والتلقائية وخالية من القلق.

والهدف من العلاج النفسي المعتمد على هذه النظرية يتمثل في اتباع أساليب تعتمد على تغيير الكف إلى الاستثارة، ومن الأساليب التي استخدمها (سالتر): التنويم المغناطيسي، وأساليب توكيد الذات.

من جهة أخرى، فإن مبادئ الاشراط الكلاسيكي والإجرائي والتعلم بالملاحظة تلعب دوراً مهماً في تعلم المهارات الاجتماعية ومهارات توكيد الذات. وبناءً على ما سبق يمكن تعريف التدريب على المهارات الاجتماعية: "بأنه أسلوب علاجي يهدف إلى مساعدة الأفراد على تطوير وتقوية وانتاج سلوكات اجتماعية في مواقف خاصة، وذلك لمساعدتهم على تحقيق الأهداف الشخصية والاجتماعية قصيرة وبعيدة المدى بفعالية أكبر" (Clarizio & Maccay, 1993)، (الخولي، 1999).

سابعاً: برامج ضبط الذات والسلوك الموجه ذاتيا:

Self -Directed Behavior & Self -Management Programs

وقد ظهرت هذه الاستراتيجية نتيجة توحيد الطرق المعرفية مع الطرق السلوكية بهدف مساعدة المضطربين على إدارة مشاكلهم بأنفسهم (Geroy, 1996).

وتتضمن استراتيجيات ضبط الذات:

مراقبة الذات، مكافئة الذات، الاتفاقية الذاتية.

وقد استخدمت هذه الاستراتيجيات مع عدد من المشاكل مثل القلق، الكآبة، والألم وفي مقالة لـ (Sigrun) عام 1995 وضع خلالها أهمية تطوير استراتيجيات التفاوض الشخصية لدى الأفراد في حل الصراعات الداخلية والخارجية لديهم، وقد أوضح أن القدرة الاجتماعية للأطفال تكون أكثر إحتمالية عند الأطفال المنسحبين اجتماعياً عندما يظهروا كفاية أكبر في استخدام استراتيجية التفاوض الشخصي. وأعتبر الأطفال الأكثر قدرة على ضبط الذات أكثر كفاية في استخدام استراتيجية التفاوض الشخصية مقارنة بالأطفال الذين مواقع الضبط لديهم خارجية. وقد عرض (Tharp & Watson) تصميما لنموذج التغيير الموجه ذاتيا.

ويتضمن أربع مراحل:

1- اختيار الأهداف: حيث يجب أن تكون هذه الأهداف مختارة من قبل الفرد نفسه قابلة للقياس، والتحقيق، إيجابية، وهامة للفرد.

2- ترجمة الأهداف إلى سلوكيات هادفة التي يريد الفرد زيادتها أونقاصها.

3 - المراقبة الذاتية للسوك: وذلك من خلال الانتباه المدروس والدقيق لسلوك الفرد بذاته

وتعمل هذه المراقبة على زيادة إدراك الفرد، وعلى زيادة التركيز على السلوكيات الواقعية المشاهدة أكثر من تركيزها على الأحداث التاريخية أو خبرات المشاعر.

4- تنفيذ خطة التغيير: تبدأ هذه المحصلة بالمقارنة بين المعلومات التي حصلنا عليها من المراقبة الذاتية ومعايير الفرد للسوكيات المحددة. بعد تقييم المضطربين للتغيرات السلوكية التي يريدون إحرازها، فإنهم بحاجة إلى تطوير برنامج فعال لأحداث تغيير حقيقي والتي يتطلب نظام التقدير الذاتي والتفاوض لعمل اتفاقية، وتتضمن هذه الخطة كما أشار لها Wetson & Tharp (1989) ما يلي:

1- قواعد تحدد السلوكات المراد تغييرها والأساليب التي سيتم اتباعها.

2 أهداف عامة وفرعية محددة.

3- تغذية راجعة والناتجة عن المراقبة الذاتية.

4- مقارنة التغذية الراجعة مع أهداف الفرد والأهداف الفرعية لقياس التقدم.

5- تعديل الخطة لتلائم ظروف التغيير.

وتتمثل أهمية كل برنامج يصمم لضبط الذات في تعلم الفرد المسؤولية تجاه نشاطاته الخاصة.

إستراتيجيات مقترحة يمكن للمعلم استخدامها للتعامل مع الأطفال الخجولين أو المنسحبين اجتماعياً:

بيّن (Brophy, 1996) أن من أهم إستراتيجيات التعامل مع الطلبةالخجولين أو المنسحبين اجتماعياً تتمثل بالآتي:

(1) **مشاركة الأقران Peer Involvement**: أقترح العديد من الباحثين علاجاً للخجل والانسحاب الاجتماعي من خلال مشاركة الأقران، تتمثل معظم هذه الجهود في برامج القرين المعلم (cross- age tutoring)، وذلك من خلال خلق فرص للعب مع زوج من الأطفال الأصغر سناً، اقران متطوعين كحلفاء لتخليص الأطفال من الخجل أو الانسحاب الاجتماعي، مشاركتهم في مجموعات صغيرة، والتعاون في انشطة غرفة الصف.

(2) **تدخلات المعلم Teacher Intervention**: يمكن أن تساعد التدخلات التالية للمعلم في التقليل من استجابة الطلبة للانسحاب الاجتماعي والخجل لدى الطلبة:

أ - قم بتغير البيئة الاجتماعية (مثل أجلسهم ضمن زملاء ودودين أو إشراكهم كأزواج أو في مجموعات صغيرة).

ب- استخدام قوائم التقدير لتحديد اهتماماتهم، وحينئذ اتبعها باستخدام هذه الاهتمامات كأساس للمحادثة أو لأنشطة تعليمية.

ج - انشر أعمالهم الفنية أو مهماتهم الجيدة للآخرين.

د - عينهم كشركاء لرفقائهم الأكثر شهرة في الصف الشعبين أو المشهورين واشغلهم في اتصالات متكررة مع أقرانهم.

هـ - تابع وباستمرار الطالب الخجول والمنسحب اجتماعياً إذا نزع إلى أحلام اليقظة.

و - ساعد الأطفال الخجولين على وضع أهداف للنمو الاجتماعي وساعدهم من خلال تزويدهم بتدريب على المهارات الإجتماعية.

ز - زودهم بالمعلومات التي يحتاجونها لتطوير البصيرة الاجتماعية، مقترحاً عليهم الأساليب اللازمة حتى يبدؤا بالاحتكاك مع الأقران أو الاستجابة بشكل أكثر فعالية لمبادرات الأقران.

ح - زودهم بدور محدد والذي يعطيهم شيء يمكن أن يؤدوه ودعهم للتفاعل مع الآخرين في الأوضاع المختلفة في المجتمع.

ط - علمهم أن يكونوا من ذوي الباب المفتوح اجتماعياٍ وذلك بالترحيب بالآخرين والتحدث معهم هاتفياً أو شخصياً؛ مؤكداِ علي الاستجابة المؤكدة ("هل يمكن أن ألعب أيضاً؟").

ي - خصص وقتاً وبشكل يومي للتحدث مع هؤلاء الطلبة، أصغي لهم بحذر واستجب بشكل محدد لما يقولونه.

ك - شجع الاستجابات المؤكدة للذات أو شكلها.

ل - استخدم مهمات الكتب العلاجية (مثل كتاب "البنت الصغيرة الخجولة" Krasilov-sky (LPP) ويتحدث عن بنت صغيرة حزينة أصبحت أكثر انطلاقاً.

(3) تدخلات الآخرين Other Intervention: اقترح (Bogacki & Blanco) عام 1988- من المدرسة النفسية- العديد من الاستراتيجيات أهمها:

أ - تشجيع انضمام الأطفال لمجموعات تطوعية وأنشطة استجمام خارج المدرسة.

ب- المشاركة باستمرار في مجموعة صغيرة.

ج - التفاعل بشكل متعاون مع الأقران.

د - تحديد أقرانهم المفضلين وإجلاسهم بجانبهم.

هـ - تشجيعهم بدون إجبار بالاتصال مع الآخرين.

و - دعمهم في الأدوار والمهمات التي تتطلب اتصال اجتماعي، وبالنسبة للطلبة الذين يظهروا علامات انسحاب اجتماعي مثل: أحلام اليقظة المفرطة، فإن الباحثين يقترحوا تنبيه هؤلاء الطلبة بشكل متكرر والوقوف بجانبهم للتأكد من انتباهم.

ز - التأكد من بدء قيامهم بالمهمات الموكولة لهم بنجاح في بداية وقت العمل أكثر من توبيخهم على أحلام اليقظة.

ح - تأكيد الحاجة للانتباه والمشاركة.

ط - مساندة الشركاء للعمل معهم واستمرار مشاركتهم.

ي - يحتاج الأطفال الخجولين والمنسحبين اجتماعياِ إلى تعليم مباشر على المهارات الاجتماعية.

ك - تنمية ثقة هؤلاء الطلبة بأنفسهم، وتزويدهم بفرص لتطوير الثقة والراحة بغرفة الصف، من خلال تحسين مهارات الاتصال غير اللفظي، تعديل تصميم البيئة الصفية بشكل يساعد على عدم استغراقهم بأحلام اليقظة.

القلق (Anxiety)

مقدمة:

القلق حالة نفسية تنطوي على مشاعر بغيضة مشابهة للخوف، تصدر بدون تهديد خارجي واضح. ويصاحبها اضطرابات فسيولوجية مختلفة، وقد يكون القلق حالة سكيولوجية أولية تعتبر منطلقاً لعمليات الدفاع، أو حالة مرضية ينتج عن إنهيارها.

واعتبر فرويد أن القلق هو أساس العصاب، وكان له الفضل الكبير في توجيه علماء النفس إلى أهميته في حياة الإنسان بإعتباره الظاهرة المحورية في كل صراع عصابي. وفسره على أساس تعرض الإنسان لخطر إشباع غريزة، فيكبتها لما يسببه إشباعها من خطر خارجي يتمثل في العقاب، ثم تعاود هذه الغريزة الإلحاح، فتنذر ثانية بنفس الأخطار السابقة، ومن هنا يحس الشخص بالعجز النفسي الناتج عن الخطر الغريزي الملح، والعجز البدني الناتج عن الخطر الخارجي (محمد، 1992). ويعرفه (الرفاعي، 1981) على أنه استجابة انفعالية لخطر يُخشى من وقوعه ويكون موجهاً للمكونات الأساسية للشخصية، وتحمل هذه الإستجابة معنى داخليا بالنسبة للفرد يحاول إطلاقه على العالم الخارجي.

تعريف القلق:

"هو حالة من عدم الإرتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة إنفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها".

فالقلق يمثل حالة من الشعور بعدم الإرتياح والإضطراب والهم المتعلّق بحوادث المستقبل، وتتضمن حالة القلق شعوراً بالضيق وإنشغال الفكر وترقّب الشر وعدم الإرتياح حيال مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع.

أنواع القلق:

1- القلق داخلي المنشأ والقلق خارجي المنشأ.

هناك نوعين من القلق في الأساس: الأول هو الذي يحس به الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، فعندما يستطيع الإنسان أن يميز

بوضوح شيئاً يتهدد أمنه أو سلامته، كأن يصوّب لص مسدساً إلى رأسه فهو عندئذ يشعر بالاضطراب والارتجاف، فيجف ريقه، وتعرق يداه وجبهته، وتزيد نبضات قلبه وتهتاج معدته ويشتد توتره. ويحس أغلب الناس بهذه المشاعر في أوقات الخطر أو الضغط. وكذلك إذا تعرض الفرد للهجوم عليه مرات متكررة أو للخوف في موقف معين، فإنه يتعلم الإحساس بالخوف كلما واجه هذا الموقف. وتلك استجابة دافعية عادية، فإذا عض كلب شرس أي انسان مرات عديدة فسرعان ما يصبح حذرا من الكلاب وخائفاً عند رؤيتها. وهذا هو القلق الذي يكون استجابة سوية للضغط من خارج الفرد "القلق خارجي المنشأ" أو القلق المستثار. أما النوع الثاني من القلق فيسمى قلق داخلي المنشأ. وتتكاثر الآن دلائل توحي بأن حالات القلق من هذا النوع الثاني إنما هي حالة مرضية. ويبدو أن لدى ضحايا هذا المرض استعداد وراثي له، وهو يبدأ عادة بنوبات من القلق الدائم تدهم المصابين فجأة أو بغتة دون انذار أو سبب ظاهر. وكثيرا ما يخطئ الأسوياء من الناس فينظرون إلى أعراض المريض على أنها مشابهة لاستجاباتهم عندما يواجهون ضغطاً وتهديد (شعلان وسلامة، 1988). ومن اليسير جداً على غير العارفين بهذا المرض أن يهونوا من خطورة المشكلة، وأن يظنوا أن الراحة والاسترخاء أو الاجازة الطبية سوف تحل المشكلة.

2- القلق الحالة والقلق السمة

إن هناك وجهة نظر أخرى تسمى "نظرية القلق الحالة - السمة" والتي تميز بين نوعين من القلق هما "القلق الحالة" ويشير إلى القلق كحالة إنفعالية طارئة وقتية في حياة الإنسان تتذبذب من وقت لأخر، وتزول بزوال المثيرات التي تبعثها، وهي حالة داخلية تتسم بمشاعر التوتر والخطر المدركة شعوريا، والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي، فتظهر علامات القلق الحالة، وتختلف هذه في شدتها وتقلبها معظم الوقت، أما النوع الثاني: فأطلق عليه "القلق السمة" ويشير إلى القلق كسمة ثابتة نسبيا للشخصية، تشير هذه النظرية إلى الإختلافات الفردية في قابلية الإصالة بالقلق، والتي ترجع إلى الإختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للإستجابة للمواقف المدركة، كمواقف تهديدية بارتفاع مستوى القلق، ووفقا لما اكتسبه كل فرد في طفولته من خبرات سابقة، كم تميز هذه النظرية أيضا بين حالات القلق المختلفة والظروف البيئية الضاغطة التي تؤدي إلى هذه الحالات، وميكانزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة (صالح، 1994).

3- القلق الموضوعي والقلق العصابي

أشار فرويد إلى نوعين من القلق هما القلق الموضوعي (السوي)، الذي اعتبره رد فعل يمر به الفرد لدى إدراكه خطرا خارجيا يكون محدداً أو يتوقع وجوده بناء على وجود إشارة تدل عليه، أما النوع الثاني، فهو القلق العصابي الذي يتصف بالغموض وعدم الصلة بالواقع الموضوعي (الرفاعي، 1981).

4- قلق الإمتحان

أشار علماء النفس إلى أن الإمتحانات وخاصة الصعبة منها، تثير القلق لدى بعض الطلبة، فيقومون بإستجابات غير مناسبة مثل التوتر والإنزعاج والخوف من الفشل، أو الإحساس بعدم الكفاءة، وتوقع العقاب، بل تتوقف عند بعض الطلبة القدرة على الإستمرار في الموقف الإختباري وإتمام الإمتحان، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى التحصيل المتدني. ويرى (واين) أن الأفراد ذوي قلق الإمتحان المرتفع، غالباً ما يوزعون انتباههم بين الأمور المرتبطة بالمهمة أو الأمور المرتبطة بالذات، على حين أن الأفراد ذوي قلق الإمتحان المنخفض غالبا ما يركزون على الأمور المرتبطة بالمهام المطلوبة فقط بدرجة أكبر. كما يتزايد قلق الإمتحان من التنافس الشديد بين الطلبة، والتأكيد المتطرف على أهمية النجاح، وترتيب درجات الطلبة في ضوء معايير خارجية، كما أن العقوبات المترتبة على الفشل هي من العوامل التي تثير قلق الطلبة ومخاوفهم، وتؤدي إلى خفض دافعيتهم وفشلهم، وبما أن قلق الإمتحان هو حالة من القلق العام فمن الممكن تطبيق مبادئ نظرية التحليل النفسي على حالة قلق الإمتحان، فمثلا يعرّف (يونج) القلق بأنه "عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير مقبولة صادرة من اللاشعور الجمعي"، ومن الممكن ربط هذا التعريف بقلق الإمتحان إذا ما علمنا بأن هذه القوى والخيالات غير مقبولة هي فكرة الرسوب بالإمتحان والتي يتخيلها الطالب قبل أو أثناء تأديته للإمتحان والتي قد تراوده كفكرة تسلطية من خلال اللاشعور. أما (بنجامين) ورفاقه فقد قدموا نموذج معالجة المعلومات والذي يزودنا بمفاهيم مفيدة في تحليل موقف قلق الإمتحان، ووفقا لهذا النموذج، فإن قصور الطلبة ذوي قلق الإمتحان المرتفع يعود إلى مشكلات في تعلم المعلومات، أو تنظيمها، أو مراجعتها قبل الإمتحان، أو استدعائها في موقف الإمتحان ذاته أي أنهم يرجعون الإنخفاض في التحصيل الدراسي للطلبة ذوي قلق الإمتحان المرتفع في عمليات الترميز أو تنظيم المعلومات، واستدعائها في موقف الإمتحان.

5- قلق الأطفال

ينشأ هذا النوع من القلق والمخاوف كاستجابة لمراحل التطور المختلفة، ويرى شتاينر أنه ينشأ لدى الإطفال عندما يبدأون في تعلّم مهارات جديدة وقدرات جديدة. وأهم هذه الأنواع "قلق الإنفصال" وهو أحد المخاوف المهمة التي يعاني منها الأطفال. وفي الغالب يظهر الخوف كجزء من النمو وبشكل نمطي حوالي الشهر الثامن، ويبلغ أوجه منتصف السنة الثانية، ويختفي عادة في السنة الثالثة من العمر. وفي بعض الحالات يتطور إلى مخاوف مرضية، مثل الخوف من الغرباء، أو الحيوانات، أوالظلمة، وتجد الأطفال يركزون أعراضهم البدنية في العادة، فهم يصفون حرفياً كيف تؤثر النوبات في أجسامهم وأين مكانها فقد يخاف هؤلاء الأطفال من الإنفصال بصفة خاصة عن أهلهم، والمخاوف المرضية من المدرسة، من بين المظاهر الشائعة بنوع خاص لمثل ذلك القلق من الإنفصال. وقد يمر بعض الأطفال خلال مراحل كهذه ثم تختفي الحالة بصورة غامضة كما بدأت لتعود مرة أخرى (أبو لبدة وآخرون، 1996).

نسبة الإصابة:

يصيب مرض القلق نحو (5%) تقريباً من السكان في أي وقت بعينه، ويبلغ نسبة المصابين به من الإناث (80%). وتعزى هذه النسب إلى الضغوط التي يخلقها وضع النساء المتدني عن الرجال في المجتمعات. وتحدث أغلب الحالات في العقد الثاني وحتى أوائل العقد الثالث من العمر. ويقوم هذا التوزيع الخاص لأعمار - التي تبدأ فيها الأمراض- على أساس بعض العمليات الكيماوية أو البيولوجية المحددة التي تؤدي إلى تكرر حدوث بعض الأمراض لدى فئة عمرية معيّنة دون فئة أخرى. وما هذا إلا دليل واحد من بين أدلة عديدة توحي بأن هناك أساسا بيولوجيا محتملا لمرض القلق. ويثير تزايد الأعداد المصابة بالقلق داخلي المنشأ تساؤلات عما إذا كانت الإصابة به وخاصة في صورها البسيطة أو المخففة، تفيد في نواح تكييفية معينة.

مراحل المرض (ردود فعل القلق)

أولاً: النوبات

يبدأ المرض بنوبات قصيرة من الأعراض التي تحدث فجأة ومن تلقاء ذاتها ومن دون إنذار أو سبب ظاهر. وهذا هو ما يفرق بين المرض وبين الخبرات الإنفعالية الأخرى التي هي أوسع انتشارا. بل وقد تحدث هذه الأعراض كثيرا من غير أن يصاحبها القلق النفسي

أو الهلع. ويشعر المصابون كأن أحد أعضاء الجسم قد فقد سيطرته على ذاته- أي أن تلك العمليات الدقيقة في الجسم قد فقدت توازنها بصفة مؤقتة - ويمكن للنوبات بهذه المرحلة أن تتخذ صوراً كثيرة منها:

1- صعوبة التنفس:

قد يحس المرضى أنهم مخنوقون، وبالرغم من أن هناك مواقف معينة تزيد من هذه المشكلة مثل الجو الحار الرطب، والغرف التي لا نوافذ لها والأماكن المغلقة، والزحام، فهي كلها مواقف مخيفة جدا للمرضى المصابين بهذه الأعراض. وأمثال هذه النوبات تدفع ضحاياها إلى التنفس بصورة أعمق وأسرع. فهم يبالغون في التنفس أو التهوية، ويأخذون قسطا زائدا من الاكسجين في أجسامهم ويطردون قسطا زائدا من ثاني أكسيد الكربون وهذا يؤدي إلى سلسلة من التغيرات في التوازن الحامضي - القاعدي ومستوى الكالسيوم في الدم. مما يؤدي بالتالي إلى اعراض جديدة عديدة، مثل التنميل والخدر في أجزاء الجسم، وخفة الدماغ والدوخة، وأخيراً تؤدي الحالة إلى تشنجات في اليدين والقدمين والاغماء. ولما كان تركيز ثاني أكسيد الكربون هو المنبه لمركز التنفس في المخ باستمرار، فان نقصه بعد المبالغة في التنفس يؤدي إلي عكس ذلك فلا يجد مركز التنفس داعيا لتنبيه الصدر إلى التنفس.

فهو يحس أن هناك قدرا فائقا من الأكسجين الموجود. ويصبح المريض واعيا بتوقف الايقاع الطبيعي المنتظم لتنفسه، بل وباختفاء الحافز الطبيعي علي التنفس مؤقتا. وهذا ما يخيفه ويؤدي به إلي البدء في زيادة الافراط في التنفس فلا يزيد المشكلة إلا تفاقما. فتبدأ حلقة مفرغة تتوقف في النهاية حين يصاب المريض بالاغماء. وهناك وسيلة شائعة تستخدم لكسر هذه الحلقة من زيادة التنفس وهي أن نجعل المريض يتنفس في كيس من الورق يغلق بإحكام حول الأنف والفم، وسرعان ما يستنفذ الجسم الأكسجين الذي في الكيس وتتراكم كمية ثاني أكسيد الكربون، فيكون أغلب ما يستنشقه الإنسان هو ثاني أكسيد الكربون مما يعدل فقدان التوازن الحامضي- القاعدي في الدم نتيجة المبالغة أو الإفراط في التنفس، كما يترتب على هذا أن يأمر المنبه مركز التنفس في المخ بأن يستعيد نظاما أقرب إلى التنفس التلقائي السوي مرة ثانية (شعلان وسلامة، 1988).

2- خفقان القلب

يصيب الخفقان الغالبية العظمى من المصابين بمرض القلق. ويعني الخفقان احساس الانسان بضربات قلبه، يشار إلى الضربات الزائدة بأنها انقباضات قبل الأوان. والغرفتان

الرئيستان في القلب هما البطينان وهم يقبضان عادة بإيقاع منتظم، لكن عضلة القلب في هذا المرض تصبح متعجلة، سريعة الانفعال تنقبض من غير التزام بالايقاع المنظم في الضربات السوية، وهذا يخلق احساسا بأن القلب يقفز أو بأن هناك ضربتين تعقبهما فترة أطول من المعتاد. والقلب يدق ضرباته السوية ثم ينقبض على الفور مرة ثانية بصورة متعجلة ويحس الانسان بهاتين الضربتين- كزوج من الضربات - المتقاربة جداً ولما كان القلب قد عمل زمنا مضاعفا فإنه يستريح الآن فترة أطول من قبل أن يعود إلى الايقاع المنتظم في عمله مرة أخرى، ومن هنا يأتي شعور المرء بفترة تسبق الضربة التالية.

3 - تخفيف الام الصدر والضغط عليه

تشبه هذه الحالة مرض القلب الحقيقي، لذا سميت بمرض داكوستا أو عصاب القلب، وتأتي غالباً أثناء غياب الضغط أو التوتر النفسي الواضح، أي انها تحدث كعرض مستقل حين لا يحس المصاب بأي قلق.

4- الإحساس بغصة الحلق

إن بعض الناس الذين يشتد أحساسهم بهذا الشعور، يخافون خوفاً بالغاً من تناول الطعام وتحدث لهم نوبات حقيقية من الغصة، ومن الواضح أن وقوع ما يخشونه في انفسهم يزيد المشكلة سوءاً.

5- التنميل والخدر

تنتشر أحاسيس التنميل والخدر في إجزاء من الجسم، وتقع احاسيس التنميل عادة في الذراعين واليدين والقدمين وحول الوجه والفم. وقد تشتد إلى درجة الشعور بأن هناك جهازا هزازا فوق الجلد.

6- توهج الحرارة أو الهبوب الساخن

هي توهجات، أو هبات سخونة تبدأ باحساس بالحرارة من اسفل، وتسري إلى كافة اجزاء الجسم، وقد تظهر بقعا حمراء على جلود بعض الحالات وخصوصا على أعلى صدورهم، وفي أحيانا أخرى يشعرون برعشات باردة، تسري في بعض أوصالهم واسفل ظهورهم.

7- الغثيان

قد يصحب الغثيان في بعض الأحيان شعور بأن شيئا يغوص ويهبط في قاع المعدة، وقد تؤدي هذه النوبات في بعض الأحيان إلى جعل المريض أكثر تعرضا لشعور الاحتباس في حلقه، وعندما يحس المريض بالغثيان يخفض لسانه بغير قصد نحو قاع فمه، وإلى

ناحية الخلف في حلقه، ويؤدي هذا إلى زيادة اللعاب في الفم، والاحساس باحتباس الحلق والرغبة الملحة في القيء، وقد يتعرض قليل من المرضى لنوبات من القيء المستمر التي يصعب عليهم ايقافها.

8- الاسهال

إن أغلب المصابين بنوبات القلق داخلي المنشأ لا يصابون بنوبات الاسهال المتكررة وكثيرا ما يطلق على الحالة مرض القولون العصبي، أو التهاب القولون التشنجي.

9- الصداع

إن النوبات المتكررة من الصداع المزمن تصيب مرضى القلق. وصداعهم عادة يكون أعنف وأثبت من الصداع العادي الذي يطرأ عند التوتر. ويغلب أن ينتشر الألم في سائر انحاء الجسم، وعندئذ يؤدي إلي مزيد من الضيق والشقاء.

10- الأفكار التسلطية والأفعال القهرية

الأفكار التسلطية معناها نزعات أو كلمات أو أفكار متكررة غير مرغوب فيها، تقحم نفسها على الذهن بإلحاح ويكون التخلص منها عسيرا. وهي في العادة أفكاراً مستهجنة عدوانية، أو جنسية، أو متعلقة بدوافع يصعب التحكم فيها، كإحساس الشخص بأنه سوف يؤذي اطفاله، ولأن هذه الأفكار لا تتسق أي اتساق مع السلوك المعتاد للشخص، فإنها ترعبه وتفزعه إلى حد كبير، أن مثل هذه الأفكار يصحبها ما يسمى بالأفعال القهرية بنسبة (75%) من الحالات، والأفعال القهرية: هي تكرار افعال بعينها بطريقة تشبه الطقوس، ومن الأمثلة الشائعة على السلوك القهري تكرار التأكد من شيء ما أو العد، أو الإغتسال عندما لا يكون ذلك ضرورياً.

وكثيرا ما تكون هذه الطقوس القهرية محاولات مضادة للتغلب على الأفكار التسلطية.

إن الأفكار التسلطية والأفعال القهرية - في العادة - ليست اعراضا شديدة عند المصابين بمرض القلق، وهي أقل ظهورا من اعراض القلق الأخرى. كذلك لا يعاني كل المصابين بالأفكار التسلطية والأفعال القهرية من مرض القلق. فقد يكون لديهم اختلال اولي من التسلط والقهر لا تصحبه نوبات قلق، وإنما تغلب فيه الأفكار التسلطية والأفعال القهرية على الاعراض الأخرى.

11- استغراب الواقع وتفكك الشخصية

ومعناه أن الأشياء من حولك تصبح غريبة غير حقيقية ملفوفة في الضباب، أو منفصلة متباعدة عنك. ويرتبط تفكك الشخصية باستغراب الواقع. ويشير مفهوم تفكك

الشخصية إلى إحساس الإنسان بنفسه وكأنه خارج جسمه أو كأنها جزء منفصل عن هذا الجسم (شعلان وسلامة، 1988).

ثانياً: الهلع

نوبات الهلع التلقائية إنما هي مجموعات من نوبات عديدة من أعراض مختلفة تحدث مرة واحدة، وتكون شدتها غالبا أعظم منها في النوبات المتفرقة. وهناك فضلا عن ذلك فزع عقلي شديد يصاحب الإحساس البدني بإفلات زمام الجسم. ومن دواعي العجب أن أغلب المرضى يصابون في المتوسط بعدد من نوبات الهلع غير المتوقعة يتراوح بين اثنتين وأربع منها كل أسبوع. ومن الواضح أن هذا العدد قد يتغير، ولكن من المدهش أن هذا المتوسط ثابتا عند حسابه على فترات طويلة عند كثير من الأفراد. وعند الإناث من المرضى نجد أن النوبات أقرب إلى أن تقع قبل دورة الحيض منها في المراحل الأخرى من دورة الحيض. وفي هذه المرحلة قد تحدث النوبات في مجموعات أكثر عدداً وأشد قوة. وكثير من الأفراد يذكرون أنهم قد يفقدون حسهم الطبيعي الناقد بصفة مؤقتة بأثناء النوبة، وأنهم يصبحون أكثر تقبلا للإيحاء والتأثر بالمؤثرات الخارجية في هذه الفترات. وغالباً ما يلجأ أولئك الذين يعيشون نوبات الهلع التلقائية إلى استخدام الصور الوصفية لنقل خبراتهم لآخرين، وهي خبرات تبلغ من شدة الحيوية درجة تترك أثرا دائما في الذهن في كثير من الأحيان. ويمكن أن تحدث نوبة الهلع التلقائية في أي وقت وبدون أي سبب معقول أو مصدر محدد.

ثالثا: توهم المرض

صنف مرض القلق في الماضي إلى أنواع عديدة مثل القلق والخوف والأعراض الهستيرية حين كان في الواقع حالة واحدة أو عددا قليلا من الحالات، تمرخلال مراحل عديدة أثناء تطورها على طول الزمن. واعتقد الأطباء في السابق أن كل مرحلة من هذه المراحل مختلفة تمثل اضطرابا مستقلاً: فحين كان المرضى يراجعون الأطباء في مراحل مختلفة كانوا يخلعون عليهم تشخيصات مختلفة، فالفكرة المتكاملة هي أن هذه المراحل هي في الواقع مرض واحد فكرة بسيطة واضحة. وهي تساعد على تفهم شيء يحسبه المرضى والأطباء جميعا امراً مشوشاً محيراً.

أما مرحلة توهم المرض فهي مرحلة من بضع مراحل يمر بها معظم المصابين بمرض القلق. إن هذا السلوك من توهم المرض قد يعكس في التحليل الأخير دافعا يائسا للخائفين يدعوهم إلى التماس العون، والي حماية أنفسهم من الرعب الذي لا يمكنهم تحديده أو فهمه.

رابعاً: المخاوف المرضية المحدودة

المخاوف المرضية الأولى التي تظهر عند أغلب المرضى متنوعة. فبعضهم يخشى الرطوبة والحرارة، بينما يخشى الآخرون الثلج والمطر، أو الأماكن المفتوحة ، أو الأماكن المغلقة، والسبب بسيط في هذا التنوع، فهو يعتمد عادة على المكان الذي اتفق وجود المريض فيه حين بدأت أول نوبة شديدة مفاجئة من الهلع، إن أي مكان أو أي شيء يتفق وجوده حين تحدث نوبة الهلع قد يصبح المثير لخوف جديد، مثل الوجود في الأماكن المفتوحة، أو المغلقة ، أو المطر، أو الحر أو تناول شرائح اللحم، أو وجوده منفردا، أو الوجود في الزحام، أو في البنايات العاليه أو في الأنفاق، أو على الطرق السريعة، أو الضياع في طرق الريف الملتوية..... والنتيجة أن يصبح القلق متعلقا بالمواقف أوالأشياء عن طريق الارتباط معها. وإذا تكرر وقوع نوبات الهلع التلقائية في نفس الموقف، زاد الاحتمال في ظهور المخاوف المرضية في مثل هذا الموقف وزاد احتمال استمرارها، ثم تجد المريض يتحاشى الموقف، لأن من الطبيعي أن يتحاشى الإنسان أي شيء يرتبط بزيادة القلق.

خامساً: المراحل المرضية الإجتماعية

إن مزيداً من المخاوف المرضية يتم اكتسابها بمرور الزمن كلما زادت المواقف التي تحدث فيها نوبات الهلع التلقائية، وعندما يسري مثل ذلك الهلع في تلك المواقف - كما شرح سابقاِ - ينتهي الأمر باشتداد خوفه من هذه المواقف ويؤدي إلي ظهور نوع جديد من المخاوف المرضية. وسرعان ما ينسحب المريض إلى مناطق آمنة، ويزيد من تجنب المناسبات الاجتماعية من قبيل تناول الطعام والشراب، والتواجد بين الناس، حيث يكون تحت الملاحظة أو مركزا للأهتمام، وقد يفضل الوحدة، والإنسحاب إلى حد العزلة، ويشعر المريض بأن المرض يزيد من تقييده وفرض الحصار عليه.

سادساً: التجنب الشامل بسبب المخاوف المرضية

(المخاوف المرضية من الأماكن العامة)

كلما استمر المريض في معاناة نوبات أكثر من القلق غير المتوقع يكتسب عددا أكبر من المخاوف المرضية وإن عدداً أكبر من المواقف قد أصبحت تؤدي إلى القلق المتوقع فيتجنبها وهكذا يزيد القلق، وتنتشر المخاوف، وتقل الثقة بالنفس. وكلما أزمنت نوبات الهلع، تقاربت واشتدت في حدوثها ازداد عدد المخاوف المرضية المكتسبة. إلى أن يبلغ الإنسحاب عند المرضى في بعض الأحيان حدا كاملا بحيث ترى المريض يحبس نفسه في غرفة واحدة من

غرف منزلة. وفي العادة يدّعي المرضى بأنهم مصابون بالمخاوف المرضية من الاماكن العامة عندما يكتسون عدد كبير من المخاوف المرضية (عبد الهادي والعزة، 2001).

سابعاً: الإكتئاب

مع تطور العجز، وانعدام القدرة على تحمل مصاعب الحياة، أو العمل، أو المسؤولية العائلية، أو العثور على علاج فعال، يمر أغلب المرضى خلال مرضهم بـ مراحل من الإكتئاب، أو الإحساس بالإنقباض أو الأسى. وتشخص مشكلتهم على أنها اكتئاب، وأعراض هذا الإكتئاب تختلف في النوع عادة عن أعراض مرض الإكتئاب الذي يؤدي غالباً إلى الانتحار الفعلي ويحتاج إلى الدواء المضاد للإكتئاب. وفي هذه المرحلة يشيع الشعور بالذنب، وضياع الرجاء، وفقدان الحول وانعدام الجدارة. كما يخيم الشعور بالتشاؤم نحو الأشياء. وليست هذه المشاعر دائمة العادة، ولكنها تؤدي أحيانا إلى شل النشاط (شعلان وسلامة، 1988).

وقد تتقدم المراحل إلى الأمام ثم تتراجع حسب حالة المريض أو تتحسن. وفي الأحوال العادية يتذبذب مجرى الحالة صعودا وهبوطا على المدى الطويل. فقد يشتد أحيانا وقد يخف أحيانا. وقد يختفي عند البعض بصورة غامضة. إن مراحل المرض لا تتبع دائماً النظام الدقيق إذ أن مرحلة توهّم المرض ومرحلة الإكتئاب قد تحدثان بصفة خاصة في وقت مبكر أو متأخر. لكن المرض بوجه عام يتجه في صورته الشديدة نحو التقدم خلال المراحل السبع جميعا بطريقة أو بأخرى.

مشاكل ومضاعفات أخرى مصاحبة للقلق

يرافق مرض القلق الكثير من المشاكل الإضافية التي قد يواجهها الأفراد أثناء تطور المرض، وفيما يلي بعض أهم هذه المشاكل:

1- **اضطرابات نمط النوم.** وهو ما يعرف اصطلاحياً بالأرق المبدئي أو المبكر، أو قد يصحب ذلك القيام في منتصف الليل نتيجة نوم مضطرب لا يستقر (الأرق المتوسط) أو يقظة في الصباح المبكر كما تسمى (الأرق النهائي) يغلب كثيرا أن نراها في الحالة المعروفة بالإكتئاب داخلي المنشأ أو بمرض الإكتئاب الكبير. وهي صورة عنيفة من الإكتئاب تصاحبها تغيرات كيماوية حيوية في الجهاز العصبي المركزي. وهناك عرض يسمى الهلع الليلي واسمه في الإصطلاح الطبي (Pavor nocturnes) فقد يكون المريض مسغرقا في النوم، ثم يصحو فجأة في حالة فزع شديد وقد استولى عليه الهلع. وكثيرا ما يرتبط بهذه الحالة قصر في النفس أو زيادة في سرعة دقات القلب،

وغالبا ما يصاحبها شعور بالموت. وقد تحدث الكوابيس المخيفة أحياناً. إن بعض هذه المشاهد - وهي تتكرر في الغالب - قد ترتبط بنوبات الهلع الليلي. أما مشكلة النوم الأخيرة فهي النوم المفرط الزائد. ويصحو المصابون بهذه الأعراض وهم يشعرون بحالة من الإعياء والتعب كالتي شعروا بها تماما حين ذهبوا إلى الفراش. وكثيرا ما يطلق على مثل هذا التعب الزائز أثناء النهار في الإصطلاح الطبي (Neurasthenia).

2- **إختلال الشهية** : تذهب الشهية للطعام ضحية الفزع، ويمكن أن تحدث تغيرات تتراوح بين النقيضين على طول المدى فيما يبدو، إذ يفقد بعض الأفراد القلقين شهيتهم وينقص وزنهم، بينما يجد الآخرون في تناول الطعام تهدئة لأنفسهم، ولذلك يزيدون وزنا.

3- **الإدمان على الخمر والعقاقير** : تبلغ نسبة المدمنين على الخمر أو العقاقير من ضحايا القلق في وقت ما من سير المرض واحدا من خمسة تقريبا، وذلك في محاولة للسيطرة على الأعراض. وحين يزول أثرها، تحدث ردة فعل في الأعراض المتعلقة بالمرض ويحس الشارب بزيادة قلقه وهلعه الأمر الذي يدفعه إلى المزيد من الشراب. وكذلك توجد عقاقير كثيرة لها تأثير جزئي أو وقتي في تخفيف الأعراض كالخمر. خلال مراحل كهذه ثم تختفي الحالة بصورة غامضة كما بدأت لتعود مرة أخرى.

أسباب القلق

إفترض العلماء - في البداية - أن أسباب القلق تعود إلى عوامل البيئة الضاغطة. ولم يكن فرويد قانعا بأن نموذج ضغط البيئة يفسر أعراض القلق تفسيرا كاملا، وأراد أن يلتمس تفيسر أشمل فجعل يبحث بحثا سيكولوجيا. وأقام نموذجا مفصلا مبنيا على أساس من سيكولوجية العقل ومن دور الصراعات الداخلية في نشأة القلق وبقائة، ولكن النموذج النفسي عانى من جوانب القصور أيضا. وقد ذهب كثير من مشاهير الأطباء إلى احتمال وجود أساس بدني جسمي في القلق المرضي. ويتجمع الآن أدلة على احتمال وجود سبب بدني لمرض القلق أن يوضح كيف يتم الارتباط بين (نوبات الهلع غير المتوقفة، ونوبات الأعراض الأخرى، والمخاوف المرضية) بطريقة معقولة تعكس الواقع بدقة. ويجب على مثل هذا النموذج أن يصف الأساليب أو المكانزمات الكامنة وراء نشأة الأعراض المختلفة والمخاوف المرضية، كما يجب أن يحدد أيضا كيف يحدث التسلسل، ذلك أن وصف كيفية وقوع التسلسل هو وحده الذي يزيد من قدرتنا على التنبؤ حول المرض ويعلمنا السيطرة عليه بفعالية أكبر.

الإتجاه البيولوجي

يفترض هذا الإتجاه أن هناك إضطراباً بيولوجياً، أو كيميائياً يسبب المرض، وقد أجريت دراسات إحصائية عن مدى انتشار الإضطراب بين أقارب المصابين من الناس. ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر من احتمال إصابة ممن لا تربطهم صلة قرابة بواحد من المرضى. وأشارت دراسات التوائم إلى أن هناك ميلاً أكبر لإصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متماثلين أو توأمين متطابقين مما لو كانا توأمين غير متطابقين. ومن الممكن أن يؤدي هذا الضعف الوراثي إلى نشأة ألوان من الشذوذ الكيماوي الحيوي، وبالتالي إلى ظهور الأعراض الجسمية التي يشعر بها المرضى. والسؤال هو كيف نحدده ونصفه على وجه الدقة قدر المستطاع؟

وأفضل التخمينات حتى الآن يُرد القلق إلى إختلالات فسيولوجية بنهايات الأعصاب والمستقبلات في الجهاز العصبي المركزي التي تصنع وتستقبل الرسائل الكيماوية التي تنبه وتستثير المخ، حيث أن هناك مواد عديدة تنظم النشاط الكهربائي للأعصاب، وهي تعمل مثل المعجلات أو الكوابح لعملية النشاط الكهربائي وتشمل هذه المواد (البروستاجلانديتات) وهي منظمات محلية، والأيونات خاصة أيونات الكالسيوم، وهي التي تعبُر أغشية الخلايا.

الإتجاه السلوكي

1- الإشراط الكلاسيكي- التعلم الشرطي

إن العامل الثاني الرئيسي لمرض القلق يتضمن عدة أنواع مختلفة من التعلم الشرطي، ومن طبيعة الإنسان أنه يستجيب لنوبات القلق التلقائية بمحاولة تجنبها، لكن هذه العمليات التي تهدف إلى حفظ الذات قد تزيد في تقييد المريض وفي أوجه العجز والإكتئاب عنده، فكلما قويت استجابة حفظ الذات ازدادت درجة العجز والقصور في العادة، ومن الممكن أن يرتبط أي حدث بإستجابة خاصة معينة، والآثار التي تحدثها نوبات القلق التلقائية في الإنسان مباشرة وواضحة، فهي تؤدي إلى أعراض في الجسم كله، كما تؤدي إلى استجابة القلق التلقائية، يكتسب هذا المثير القدرة على إحداث استجابة القلق والخوف حتى وإن لم تكن هناك نوبة من نوبات القلق التلقائية. وتعمم هذه الإستجابة في مواقف أخرى وتعرف هذه الظاهرة باسم (الأثر التموجي)، وقد دلت الدراسات أن هذا التعميم للمثير يكون أكبر وأوسع، عندما يكون الفرد مدرك لما يثير القلق عنده، وبما أن المصابون بمرض القلق يتعرضون لنوبات مفاجئة من القلق التلقائي، تحدث من غير استثارة وبدون إنذار، فإن

قلقهم قابل للإنتشار مثل التموجات، ويشمل أنواعاً جديدة من الفوبيا المرضية بسرعة أكبر.

2- **الإشراط الإجرائي:** (التعلم بالمكافأة والتدريب على التجنب)

أجرى سكنر سلسلة من الدراسات تهدف إلي بيان كيفية تأثير التعلم في السلوك، وقد وجد أن كل سلوك يزداد تكرارا وشدة حين يعقبه التعزيز. وهناك طرق عديدة قد يؤثر بها هذا المبدأ الآخر فهو التدريب على الهرب والتدريب على التجنب. ففي التدريب على الهرب يحدث الإرتياح المترتب على الهرب من شيء كريه - كصدمة كهربائية- نوعا من الإثابة أو المكافأة الإيجابية. وفي مرض القلق يرى سكنر أن الهرب من موقف سبق أن حدثت فيه نوبة تلقائية مدعاة إلى زيادة الإحتمال في هرب الشخص في المرة التالية، ربما في وقت أقصر وبسرعة أكبر. وذلك لأن شدة القلق تنقص عادة أثناء هرب الشخص، وبذلك يصبح الهرب مرتبطا بالإرتياح من القلق. وفي التدريب على التجنب يصبح كل سلوك يمنع ظهوره الخبرة الكريهة ويقي الفرد منها نوعا من الإثابة بالفعل (عبد الهادي والعزه، 2001).

الإتجاه التحليلي:

تصف الأبحاث في التحليل النفسي أنواعا عديدة من القلق بقال إنها نمطية شائعة في الطفولة. وأول هذه الأنواع يسمى "قلق النزعة"، ويقال أنه يحدث حين تطغى على الرضيع الحاجات والمشاعر التي يعجز عن السيطرة عليها في حالته التي هو عليها من العجز والقصور. وقد يؤدي النكوص أو الإرتداد نحو هذا السلوك القلق إلى تنشيط المخاوف من فقدان السيطرة على الذات. أما مرحلة القلق النمطية الثانية التي قد يخبرها الأطفال في عمر يتراوح بين ثمانية شهور وثلاث سنوات فتسمى "قلق الغريب" والنكوص أو الإرتداد إلى هذه الإستجابة، قد يتم تنشيطه ليتخذ صورة فوبيا أو مخاوف مرضية اجتماعية. أما مرحلة القلق الثالثة، وتشاهد بصورة نمطية في الإطفال فيما بين سنتين وأربع سنوات من العمر، فتعرف "بقلق الإنفصال"، والنكوص أو الإرتداد إلى هذه الإستجابة يمكن أن ينشط المخاوف التي تميز المصابين بالمخاوف المرضية من الأماكن العامة حيث يخافون من البعد عن الدار، أو نقاط الأمان أو البعد عن الأصدقاء أو العائلة أو من أن يتركوا وحدهم. ويفترض أن قلق الإنفصال يضمحل في سن الرابعة أو الخامسة من العمر لتحل محله المخاوف أو الأمراض الجسمية، وقد سمى فرويد هذا الخوف "قلق الخصاء". وقد يبدو النكوص أو الإرتداد إلى هذه المخاوف في صورة المخاوف المرضية أو توهم المرض. وقد ساهم الإتجاه التحليلي مساهمة كبيرة في توجيه الإهتمام إلى القلق وأهميته في حياة

الإنسان حيث اعتبره فرويد أساس العصاب، والظاهرة المحورية في جميع الصراعات العصابية (محمد، 1996).

الإتجاه البيئي الإجتماعي:

أصبح من الحقائق المسلّم بها أن ضغوط البيئة قوة تسبب القلق. والمشكلة هي أن هذا التفسير يبدو من الوضوح بحيث أصبح مقبولا على أنه التنسير الوحيد فقط لخبرة القلق، ويؤكد سوليفان على أهمية العلاقات بين الطفل والقائمين على تربيته، حيث يفترض أن التنشئة الإجتماعية وتحديد القواعد الإجتماعية المقبولة، وغير المقبولة اجتماعيا يكسب الطفل نظاما للسلوك، وأن أية خبرة تهدد هذا النظام تسبب القلق (عبد الرحمن، 1989).

إن ضغوط البيئة من كل الأنواع يمكن أن تزيد أي مرض سواءً، وهي ليست علة للمرض، وإنما هي أقرب إلى أن تكون عاملا هاما في تفاقم المرض. أي أن ضغوط البيئة ليست كافية لإحداث المرض، ولكنها إذا تحققت تعجّل بظهور المرض وتزيد الأعراض شدة، وتضعف المقاومة وقدرة المريض على مواجهة المرض، وتسرع في تدهور وتؤخر الشفاء.

تشخيص القلق :

تتضمن علمية تشخيص حالة القلق خطوات متسلسلة يمكن إجمالها بما يلي:

1 – فحص طبي شامل، والغرض من هذا استبعاد أي أمراض طبية أو مشاكل جسمية تسبب هذه الأعراض، إنه كثيراً ما يفترض المرضى أن المشكلة سيكوسوماتية أو نفسجسمية أو عصبية في الأصل، ليكتشفوا فيما بعد فقط – أنها الأعراض الأولى لمرض طبي، ثم أن كثيراً من الأمراض الشائعة الغريبة، ومن أمثلتها التسمم الدرقي، وأورام الغدد فوق الكلوية، والصرع، وبعض الأمراض المعدية كمرض البروسيلا، والإضطرابات العصبية، كالتصلب المنتشر، قد تسبب أعراضاً مثل أعراض القلق.

2 – استبعاد الحالات النفسية المرضية الأخرى التي قد تظهر بصورة مشابهة، مثل الإضطرابات الذهانية لمرض الفصام، ومرض الهوس الإكتئابي.

3 – تأكيد الأعراض من خلال المعايير المستخدمة في المقاييس وقوائم الشطب.

4 – تشخيص حالات الفوبيا إن وجدت (شعلان وسلامه، 1988).

التعامل مع القلق عند الأطفال (إرشادات للمعلمين) :

1 – تقّبل الطفل وأعطه شعوراً بالطمأنينة، فمن الضروري أن تبقى هادئا عندما يصرخ الطفل، وعليك أن تبدي تقبلا لمشاعر القلق لديه، وأن توجد جواً من التفاؤل والأمن،

ويمكن استخدام العبارات، مثل إنك مهم بالنسبة لي، إنني أقبلك وأحبك لذاتك وليس فقط لما تفعله، وعندما تقضي بعض الوقت مع الأطفال، وجه انتباها كافياً لهم ولا تعطهم شعوراً بأن ثمة أشياء أكثر أهمية كان ينبغي لك أن تكون منشغلاً في أدائها.

2 - درِّب الطفل على الاسترخاء: ويعني تدريب الطفل على ضبط أعصابه وإعطائها فرصة للإستراحة، وهذا ما يعرف بالإسترخاء.

3 - شجع الطفل على الحديث الإيجابي مع الذات: مثل إنني منزعج، لكن الأمور ستسير بشكل حسن، عندما أشعر بالقلق يمكنني أن استرخي وأن أصبح في وضع أفضل. ويمكن للأطفال أن يقولوا لأنفسهم (كن هادئاً واسترخ)، وعندما يشعرون بالذعر في مواجهة مشكلة أو امتحان، يمكن أن يعطوا أنفسهم تعليمات بالهدوء والإسترخاء ثوان، ثم يعودوا للتعامل مع المشكلة.

4 - شجع التعبير عن الإنفعالات : يمكن أن يتم التعبير عن الإنفعالات من خلال اللعب أو رواية القصص.

5 - استخدم طريقة التغذية الراجعة البيولوجية، وفيها يشاهد الطفل أو الأطفال أو يسمعون عن بعض مظاهر وظائفهم الجسمية، مثل سمعهم، أو مشاهدتهم لموجات إلكترونية على شاشة تمثل نبضات القلق، وتوتر العضلات، وتعرق راحة اليد، ودرجة حرارة الجسم، وغير ذلك، ومهمة الطفل أن يهدىء هذه الأصوات (عبدالهادي والعزه، 2001).

أساليب واستراتيجيات علاج القلق :

تهدف عملية معالجة القلق بشكل عام إلى تحقيق الأهداف التالية :

1 - السيطرة على جوهر الأيض.

2 - التغلب على المخاوف المرضية أو الفوبيا.

3 - التعامل مع الضغوط النفسية - البيئية.

4 - الرعاية على المدى الطويل.

وبناء عليه تنحصر المهمات الإستراتيجية الإجمالية في علاج القلق بما يلي :

1 - الوصول إلى التشخيص الصحيح.

2 - السيطرة على الأساس الأيضي للمرض عن طريق العلاج بالدواء.

3 - التغلب على القيود التي تفرضها ردود فعل القلق بواسطة العلاج السلوكي.

4 - تناول المشكلات النفسية عن طريق العلاج النفسي "التحليل المعرفي".

5 - منع النكسات عن طريق توعية المريض، وضمان الرعاية على المدى الطويل (عبدالهادي والعزّة، 2001).

ويمكن إجمال طرق معالجة القلق بما يلي :

أولاً - العلاج بالعقاقير :

أصبح الأطباء أكثر تطورا ودقة في اختيارهم واستخدامهم أدوية الطب النفسي، وفيما يلي قائمة من الأدوية التي يظهر أنها فعالة في السيطرة على مرض القلق :

- كابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة، مثل فينيلزاين (نادريل).
- مضادات الإكتئاب الدائرية الثلاثية، مثل إميبرامين (توفرانيل)، ديزيبرامين (نوربرامين)، أميتر بتيلين (إيلافيل)، مابروتيلين (لوديوميل).
- ترايازولوبيريدين، مثل ترازودون (ديزيرين).
- مضادات الإكتئاب الرباعية، مثل مايانزيرين (تولفون).
- بنزوديازيبين، ألبرازولام (زاناكس)، كلونازيبام (كلونوبين) ديازيبام.

وتتباين استجابة الأفراد لهذه العقاقير، على الرغم من أنها فعالة جداً في العادة، عند استخدامها بصورة صحيحة، إلا أن لها آثاراً جانبية تؤدي إلى انقطاع كثير من المرضى عنها خلال الأسابيع القليلة الأولى، كما أنها تحتاج إلى ثلاثة أسابيع أو أربعة أسابيع، على الأقل قبل أن تسيطر على النوبات التلقائية، وتعمل الأدوية على مقاومة عنصر الأيض الجوهري في المرض: وتمنع النوبات غير المتوقعة، إلا أن تأثيرها على الفوبيا أو المخاوف المرضية أقل وضوحاً وأكثر بطئاً.

ثانياً - العلاج السلوكي

والعلاج السلوكي يتضمن طرائق عديدة من العلاج، يشمل وسائل مختلفة، إذ تقوم على أساس الإفتراض بأن الإنسان يتعلم أو يكتسب الإستجابات أو يتعلمها بطريقة شرطية، وطرائق العلاج إنما تحاول أن تعكس العملية، فهي بالتالي وسائل تمحو التعلم أو تعيد تعلم استجابات تكون أقرب إلى الاستجابات السوية، ومن أشهر هذه الأساليب ما يلي :

1 - **إزالة الحساسية بطريقة منظمة** : إن إزالة الحساسية المنظمة تركز على المواجهة التدريجية التي يصحبها الإسترخاء العميق للعضلات، وتكون المواجهة أولا في الخيال،

ثم في الواقع فيما بعد، أي أنها عملية منطقية لطيفة ومنظمة، ولكنها بطيئة، وتتطلب خبيراً مدرباً على استخدامها.

2 - **العلاج بالتعريض أو بالمواجهة :** أصبح شعار العلاج بالتعريض أو المواجهة : التصرف الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر الذي لا مهرب منه، حيث لاحظ بعض الباحثين أن مواجهة المشكلة كما تحدث في الحياة الواقعية تقلل من الأعراض، ولكن العيب الوحيد أن المرضى في بعض الحالات لا يستطيعون التعاون. والعلاج النفسي هنا يعمل على مساعدة المرضى على تناول ضغوط البيئة، أو التعامل معها، يتضمن هذا الأسلوب ثلاث خطوات هامة هي :

- الإستماع : مرض القلق موضوع يمكن بحثه، ولكن لكل مصاب به فرديته ونوعه الخاص من المرض ؟
- توضيح المشكلة : وفي غضون الإستماع للمريض تظهر المشكلات التي تواجهه بصورة أوضح وهناك أحيانا ضغوط تؤدي إلى تنشيط الإستعداد البيولوجي للمريض.
- تأييد التغييرات : وبعد أن يتم اتضاح المشكلات تصبح الحلول أكثر جلاء ووضوحاً ويستدعي أفضل الحلول عادة في إجراء تغييرات في أسلوب الحياة أو علاقاتها أو إتجاهاتها، ولما كان كل فرد هو أحسن من يعرف ظروفه الفريدة والضغوط التي يتعرض لها، نجده في آخر الأمر الوحيد الذي يستطيع اختيار أفضل الحلول في الميزان المناسب له (شعلان وسلامة، 1988).

3 - **المحو أو الإطفاء :** ويشتمل المحو على تقليل السلوك تدريجياً من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوثه في الماضي. والإطفاء واضحاً وبسيطاً نظرياً إلا أن تطبيقه صعب للغاية فهو لا يقلل الأعراض السلوكية، إلا إذا تم تحديد جميع المعززات ذات العلاقة وذلك هدف ليس من السهل تحقيقه في كثير من الأحيان.

ثالثاً - العلاج التحليلي :

يرى فرويد بأن للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية، حيث يقول بأنه عملة متداولة تبدّل بها كل الحالات الإنفعالية التي خضعت للكبت، ويهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج اللاشعور المكبوت إلى حيز الشعور، لكي يعيه الفرد ويتعامل معه، ولجأ فرويد إلى طريقة التداعي بغية إعادة الذكريات المعذبة إلى ساحة الشعور، وبالتالي الوصول إلى الشفاء (Sharf,1996).

الاكتئــاب

مقدمة :

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بعد القلق ويصيب الأفراد من مختلف الأَعمار، حيث يمكن القول أن ما نسبته 24-4% من أفراد أي مجتمع يعانون من أعراض اكتئابية حقيقية (Gambrill, 1981) والاكتئاب حالة شعوريه، ونوع من المزاج يمر به معظم الناس ولو لفترة قصيرة. وقد عُرف الاكتئاب كحاله مرضيه منذ القدم، وقد لا تظهر أعراضه بوضوح خاصة في المستويات بسيطة الشدة التي لا تسترعي الانتباه. وهناك عدد غير قليل من الحالات التي يعاني منها المراهقون والشباب حيث يتجه المصاب بالاكتئاب منذ بدايته إلى تبديد الشعور به عن طريق تعاطي الكحول، أو العقاقير، أو العنف، أو المثابره والاجتهاد في العمل، أو الإبداع الفني، وتدعى هذه الحالات بالكآبة المقنعة (كمال، 1988).

وقد زاد الاهتمام بظاهرة الإكتئاب نتيجة الإحساس بالعدد المتزايد من الاطفال المكتئبين تحت سن الثانية عشرة. إذ تشير التقديرات إلى أن هناك طفل من بين كل 5 أطفال يعاني من شكل من أشكال الإكتئاب، ويرى بعض المختصين بأن هناك ارتباط بين الإكتئاب ومشكلات التبول على الفراش، وثورات الغضب (tantumes) والإعياء (Fatigue) والفشل في المدرسة، والجنوح (delinquent) والنشاط الزائد والاضطرابات السيكو ماتيكية. ويتسم الأطفال المكتئبين بالإعتمادية، والعجز، ونادراً ما يظهرون الفرح، أو السرور ويفتقرون إلى الإحساس بالضحك والمرح، وبعضهم قد يصبح متعجرفاً، ويشعرون بالرفض، وعدم الحب ويفضلون العزلة. وفي ثورات الغضب يهددون بإيذاء انفسهم أو قتلها، أو يلحقون الأذى بها. وهذه اشارات تحذير لمحاولات الانتحار التي قد يرتكبونها، فقد يميلون إلى القفز من مكان مرتفع، أو يمرون بسرعة من امام السيارات، أو يبلعون السموم أو الأجسام. (عبد الهادي والعزة، 2001).

تعريف اكتئاب الطفولة

يثير تعريف اكتئاب الطفولة جدلاً كبيراً بين الدارسين والمختصين. وصلت إلى حد انكار وجوده اطلاقاً. وقد ظهرت دراسات الحالة لاكتئاب الطفولة منذ بدايات القرن

الماضي. ورغم كل الأبحاث العلمية والدراسات التي تناولته لا يزال اكتئاب الطفولة غير مدرج على دليل الاضطرابات العقلية الأمريكي. ومن وجهة نظر تحليلية لا يمكن ظهور الإكتئاب الرئيس لدى الأطفال، كما يظهر لدى البالغين، وذلك لنقص تطور الأنا العليا في تلك المرحلة العمرية. أما وجهة النظر الثانية والتي كانت شائعة في الستينات والسبعينات من القرن الماضي فترى أنه لا يظهر لدى الأطفال، كما يظهر لدى الكبار. ولكنه يظهر وعلى شكل سلوكات مختلفة مثل التجنب أو الفشل المدرسي أو الأعراض النفس جسمية واضطرابات التصرف. (Clarizio, 1989).

أسباب الإكتئاب

من خلال مراجعة أدب الدراسات يمكن اجمال أسباب ظاهرة الإكتئاب لدى الأطفال بما يلي:

1- مشاعر الذنب لدى الأطفال المكتئبين وتنبع من إقترافهم طرق للسلوك غير المرغوب، أو الشعور بالمسؤولية عن اهانات متخيله، أو من الشعور العام بعدم اللياقة وعدم القيمة والفشل.

2- اسقاط الغضب على الذات كطريقة صريحة لمعاقبة أنفسهم.

3- الشعور بالعجز والضعف.

4- رد فعل على خسارة شيء عظيم بالنسبة للطفل.

5- الحصول على الانتباه والحب والشفقة أو الرغبة بالانتقام. (عبد الهادي والعزة، 1999).

6- رد فعل على التوتر والقلق ويمكن تعريف التوتر بأنه "شعور معارض أو معاد بين الفرد ومشاعره الداخلية، يرافقه عدم الشعور بالراحة، وغالباً ما يكون مصحوباً بمؤشرات جسدية مثل العرق، تصلب العضلات وزيادة ضربات القلب". ويحاول هؤلاء الأطفال التكيف مع القلق والتوتر من خلال الميل إلى العزلة والإكتئاب والافكار الانتحارية. (Clarizio, 1989).

7- البيئة الأسريةحيث تشير الإحصاءات إلى أن أكثر من نصف أباء الأطفال المكتئبين هم مكتئبون أصلا، وهناك دلائل تقول بأن الميل إلى الاكتئاب هو خاصية موروثة بالإكتساب من خلال التقليد، كما أن الضيق وصراعات الأسرة تقود إلى مشاعر إكتئابيه لدى الأطفال خاصة الحساسين منهم.

8- العامل الفسيولوجي الطبي، دلّت الدراسات على وجود اسباب جسمية طبيه تؤدي إلى حدوث ردود فعل إكتئابيه فجأة أو بالتدريج، مثل الاسباب الهرومونية خاصة عند الإناث في سن البلوغ، ونقص الحديد (الانيميا)، والاختلالات الوظيفية للغدد، وبعض الامراض مثل اضطرابات سكر الدم، والاطعمة التي تسبب الحساسية. (عبد الهادي والعزة، 2001).

نظريات تفسير الاكتئاب

هناك العديد من النظريات التي فسّرت حدوث الاكتئاب وفيما يلي عرض لأهم هذه النظريات :

أولاً - النظرية البيولوجية

ظهرت العديد من التفسيرات للاكتئاب، فقد أشار كرينز (Krains) في كتاباته إلى إمكانية وجود تفسير بيولوجي للاكتئاب، واستند في ذلك على الدراسات المتعلقة بالتوائم المتطابقة وعلى وجود تفسيرات هرمونية لظهور الاكتئاب (Beck et. al. 1979).

ثانياً - نظرية العجز المتعلّم

ومن النظريات التي وجدت انتشارا واسعاً ودعماً في نتائج البحوث، نظرية العجز المتعلم لسيلجمان والتي تفترض أن طريقه العزو الخاطئة لدى الفرد لمصادر النجاح والفشل في حياته، ولاسباب الخبرات السارة وغير السارة في حياه هي المسؤوله عن مشاعره الاكتئابية، حيث يعتقد سيلجمان أن الاكتئاب يحدث عادة بعد تكون قناعة لدى الفرد بأنه لا يستطيع التكيف مع مشكلات الحياة اليومية والشعور المستمر بالعجز واليأس والذي قد يؤدي إلى أفكار انتحارية كطريقة للهرب من موقف لا أمل فيه (داود وحمدي، 1989).

ثالثاً - نظرية التعلّم الاجتماعي

تقدم نظرية التعلّم الاجتماعي- لباندورا تفسيراً هاما للاكتئاب من خلال مفهوم الكفاية أو الفاعلية الشخصية الذي يبرز دور التقييم الذاتي في الإكتئاب، حيث ترى أن إدراك الفرد لمدى كفايته الشخصية وقدرته على مواجهة المشكلات التكيفية وانتاج سلوكات فعالة في مواجهتها تلعب دوراً كبيراً في تحديد طبيعة مشاعرة ومزاجة (Kanfer & Zeiss, 1983).

رابعاً - النظرية السلوكية

يرى بافلوف أن الاكتئاب نتيجة لتكرار الصدمات والتجارب المؤلمه التي يتعرض لها الفرد في طفولته، والتي تخلق مزاجاً مميزاً يؤثر على تجارب الفرد في كبره، كما ينطلق لوينسون (Lewinsohn) في تفسيره للاكتئاب من وجهة نظر سلوكية إذ يعتقد أن إنخفاض معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد هو العامل المسؤول عن ظهور الاكتئاب لديه. ويؤكد على وجود فروقاً ذات دلاله بين الافراد المكتئبين والعاديين من حيث مستوى النشاط، أو السلوك الممارس، وأن انخفاض مستوى النشاط أو السلوك الممارس، يخفض من معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد (Gotlib, 1981) وذلك بناء على نتائج الدراسات التي قام بها فريق البحث التابع له. والذي توصل ايضاً إلى النتائج التالية:

1- يمارس المكتئبون نصف ما يمارسه العاديون من السلوك اللفظي تجاه الآخرين.

2- يستجيب المكتئبون للسلوكات الموجهة نحوهم من الآخرين بشكل ايجابي بنسبة أقل بكثير من العاديين.

3- يستجيب المكتئبون بشكل ابطأ من الافراد العاديين للمثيرات اللفظية الموجهة نحوهم.

ويشير (Lewinsohn, 1978) إلى العلاقة بين معدل النشاطات السارة التي يمارسها الفرد وبين مستوى المزاج كحقيقة علمية تجريبية ظهرت في الدراسات التي أجراها هو ورفاقه.

ومن أسباب انخفاض معدل التعزيز التي اوردها لوينسون ضعف المهارة الاجتماعية لدى الفرد وانخفاض تفاعله مع الآخرين.

خامساً - النظرية المعرفية

وينظر بيك للإكتئاب على أنه إضطراب في التفكير ويؤكد على أن طريقة الفرد في معالجة المعلومات، وتفسيره للحوادث التي يعيشها، واعتقاداته تلعب دوراً كبيراً في تحديد شكل ونوع مزاجه (Burns & Perloff, 1988) ويعتمد تفسير بيك للإكتئاب على ثلاثة مفاهيم رئيسية هي:

1- الخرائط المعرفية (Schemas):

يعتبر (Bartlett) أول من قدم مفهوم الخرائط أو المخططات المعرفية التي يستخدمها الفرد لتنظيم المفاهيم والاعتقادات. وافترض بأن لكل فرد خرائطه الخاصة التي تميزه عن غيره مما يسبب اختلاف الافراد في فهمهم لانفسهم وعالمهم، وردود افعالهم نحو المواقف

المختلفة وهذه الخرائط ليست ثابتة بل تتطور وتتعدل نتيجة الخبرات والمعلومات التي يتعرض لها الفرد (Hall, 1982) ويمكن تلخيص خصائص الخرائط المعرفية بأنها:

- تتكون نتيجة لمعلومات الفرد وخبراته.
- تلخِّص المفاهيم المعقدة التي تعرض على الفرد.
- تعالج المعلومات الجديدة وتنظمها وتقيمها.
- تخمن المدخلات الغامضة أو المفقودة أو الناقصة حيث تسعى إلى أن تكون واضحة. (Hall, 1982).

ويرى بيك أن الخرائط المعرفية تتوسط بين الأحداث الخارجية (المثيرات) واستجابة الفرد لها. حيث تقوم بترجمة وتفسير هذه المثيرات وتصفية وتقنين استجاباته نحوها، مما قد يؤثر سلباً أو ايجابياً على ادراكاته وبالتالي على حالته الانفعالية. (هارون، 1992).

2- الأخطاء المعرفية Ggnitive Erors

ويشير بيك إلى وجود مجموعة من الخرائط المعرفية تميز الافراد المكتئبين عن غيرهم، أطلق عليها ما يسمى "بالأخطاء المعرفية" وقد اظهرت الدراسات أن لدى الأفراد المكتئبين افكاراً لا منطقية وأخطاء معرفية، بمعدل أعلى من العاديين، وفيما يلي عرض لبعض هذه الأخطاء. (Thurbere et. al, 1990).

- الإستدلال الاعتباطي (Arbirtrey Inferenee) حيث يتبنى المكتئب أحكاماً غير مبرره منطقياً مما يجلعه يحمِّل نفسه مسؤولية كثير من الاحداث السلبية التي يعيشها.
- التجريد الانتقائي (Selective Absraction) حيث يركز المكتئب على الاجزاء السلبيه ويهمل الايجابية، ويسمى الحدث على بناء الاجزاء السلبية التي يختارها.
- التعميم الزائد (Generali Zation) حيث يعمم المكتئب الخبرة السلبية على أحداث ليس لها علاقة.
- التصغير والتكبير (Magnitication and Minimaization) حيث يخطئ المكتئب في تقييم الأحداث والخبرات.

كل شيء أو لا شيء (all or Nothing) حيث يعتبر المكتئب نفسه فاشلاً كلياً إذا لم يقم بالعمل بشكل مثالي ويحدث هذا الأمر عادة نتيجة لمعايير الانجاز غير الواقعية التي يضعها لنفسه مما يؤدي إلى الشعور بالفشل وبالتالي ارتفاع معدل العقاب الذاتي لديه. (هارون، 1992).

3- الثلاثي المعرفي (The Cognitive Triad)

ويظهر أثر الأخطاء المعرفية في ثلاثة أبعاد مرتبطة بالفرد هي:

1- ذاته: حيث يتصف المكتئب بسمات شخصية عامة تجعله يميل إلى التقليل من قدراته والنظر إلى نفسه بصورة سلبية، ومخالفة للواقع.

2- عالمه وواقعه: يعتقد المكتئب أن العالم يحمّله ما لا طاقة له به وأنه مليئ بالمعيقات التي تحول دون تحقيق أهدافه.

3- مستقبل:. يفترض المكتئب أن خبراته وتجاربه غير السارة التي يعاني منها في حاضره سوف تستمر وتؤثر على مستقبله فهو يتوقع الإحباط والفشل لكل مهمة قادمة عليه اداؤها. (هارون، 1992).

وبناء على ما سبق يعرُف بيك الإكتئاب على أنه "حالة عيادية تصاحبها تغيرات جسمية وعقلية ومزاجية وهذه التغيرات هي" :

- البؤس والحزن واللامبلاة.
- تدني مفهوم الذات.
- الميل للوحدة والعزلة.
- اضطرابات النوم والشهية والنواحي الجنسية.
- انخفاض واضح في مستوى النشاط.

سادساً - نظرية الميل الاجتماعي والنشاط

يفسر الادلريون الاشخاص المكتئبين وكأنهم يحاولون التغلب على مشاعر النقص وجني مشاعر التفوق، ويحاولون بشكل جدي لأن يكونو أكثر فاعلية دون أن ينجحوا في ذلك، حيث يخفقون وبالتالي يفقدون ميلهم الاجتماعي ويصبحون في حالة احتواء الذات (Self absorbed). ويصف موزاك المكتئب بأنه يعبٍّر عن غضبه من خلال نوبات غضب هادئة وصامتة. ولا يعترف لأنه يضطر لمعالجة الموقف أو مواجهة الشخص الذي أثار غضبه (Corsinig, 1995).

سابعاً - نظرية السلوك العاطفي العقلاني:

يؤكد البرت أليس أن مشكلة الإكتئاب تنتج من طريقة تفكير الشخص المكتئب ومعالجته للأحداث الخارجية. حيث يرى أن عواطف وأنفعالات الإنسان ناتجة عن عقائده

وما يؤمن به وعن تقييمه للأمور وتعريفه لها، وفلسفته في تفسيرها وليس من الأحداث نفسها (الزيود، 1998). وينقسم نظام الأفكار التي يؤمن لها الفرد إلى قسمين هما: الأفكار العقلانية، والأفكار اللاعقلانية التي يؤدي تقبلها وتعزيزها إلى الإكتئاب ولعل من أهم الأفكار اللاعقلانية التي تسبب الإكتئاب والتي حددها أليس ما يلي:

1- يجب أن أكون محبوباً من قبل كل شخص أعرفه.

2- يجب أن أكون مؤهل، منجز، كفؤ في كل النواحي لكي يكون لي قيمة.

3- أنه مرعب أن لا تسير الأشياء بالطريقة التي أريدها.

4- هناك دائماً حل مثالي وصحيح لكل مشكلة، وهذا الحل لا بد من إيجاده، وإلا فإن النتيجة ستكون مفجعة. (Forggatt, 1997).

طرق الوقاية من الإكتئاب (ارشادات للمعلم)

1- شجع التعبير عن المشاعر بشكل مفتوح، إن مشاعر الدفء والتقبل للطفل واحترامه والاستماع إليه والإهتمام به تحفز الطفل للتعبير عن مشاعره الصادقة وخاصة الغضب بطرق مختلفة وغير مؤذية للنفس؟

2- شجع مشاعر اللياقة والاستقلال لدى الاطفال. إن حل المشاكل الإيجابي والحصول على الرضا الشخصي يمنع الشعور بالعجز، وحاول الإصغاء إلى اقتراحاتهم واتباعها كلما كان ذلك ممكناً.

3- شجع مصادر عديدة من احترام الذات، مثل الاباء والاصدقاء الزملاء، وحاول توسيع إهتمامات ومهارات الأطفال، أن هذه الإجراءات تجعل الأطفال أقل هشاشة وأقل ميلا للجروح النفسية عند فقدان مهارة أو شخص.

4- مثّل التفاؤل والليونه، يتعلم الأطفال مشاعرهم من الأباء والمعلمين ويجب أن تكون واعياً لكمية الوقت الذي تصرفه في التحدث عن المواضيع الإيجابية أو السلبية معهم، بحيث تكون متوازنا، وحاول أن لا تحتفظ بالمشاعر الجيدة لنفسك، ودع الاطفال يعرفون انجازاتك ومغامراتك ونجاحك واحساسك بالسعادة.

5- كن واعيا لمشاعر العجز المستمره، وخذ شكوى الأطفال على محمل الجد وتقبلها باحترام. (عبد الهادي والعزة، 2001)

أساليب تشخيص الإكتئاب

إن اختلاف التعاريف للأكتئاب وتباينها في مستويات التركيز على المتلازمة. الاضطراب أو المرض يسبب التعدد في أساليب جمع المعلومات بهدف التشخيص. ويتركز اهتمام معظم طرق التقييم النفسي للأطفال المكتئبين على أربعة أبعاد هي أساليب التقرير الذاتي (Self- report techinques)، تقدير الراشدين (Ratings by adults)، تقدير الزملاء (Peer Rating)، والمقابلات العيادية (Clinical interviews)، وقد استخدمت مقاييس التقدير الذاتية منذ مدة طويلة في الابحاث الاكلينيكية وتتميز بأنها تقدم كشفاً لحالة الإكتئاب ومشاعرها الداخلية لكنها لا تستطيع أن تحدد المستويات العياديه للإكتئاب، بالرغم من توفرها للراشدين منذ مدة طويلة، إلا أنه لم تكن متوفرة للأطفال وقد قامت (Kovacs, 1981) باستخدام كشاف الإكتئاب للأطفال (Children's Depression Inven- tory) -CDI- وهو عبارة عن استبيان يتضمن (27) فقرة صممت لقياس الإكتئاب لدى الأطفال في سن المدرسة ويتم الإجابة على هذه الفقرات بناء على خبرات الطفل السلوكية ولكل فقرة مقياس مدرج من (0-2).

وهناك مقاييس أخرى مشهورة مثل مقياس الإكتئاب لدى الأطفال (C.D.S) الذي طوره تيشر ولانع والذي يحتوي على (66) فقرة ومقياس رينولدنر للإكتئاب لدى الراشدين (R.A.DS). (Clarizio, 1989).

وتتميز مقاييس تقدير الأباء أو الزملاء أو المعلمين بأنها تصف الأعراض الخارجية بشكل جيد إلا أنها تفشل في الكشف عن طبيعة الإكتئاب الداخلية ومعنى الاعراض بالنسبه للمريض ومشاعر الذنب لديه بالاضافة إلى الفروق الواسعة في اختلافات التقدير للأعراض لدى الأباء أو الزملاء أو المعلمين. أما المقابلات العيادية- العلاجية النفسية، فتعتبر من أكثر الأساليب استحداثاً لتقييم الإكتئاب لدى الصغار والمراهقين. وتتطلب المقابلة عدة مهارات اجتماعية ومعرفية يجب توافرها لدى الطفل. ويستخدم المعالجين دراسة الحالة والملاحظة والتداعي الحر والاختبارات الاسقاطية لكشف الافكار والدوافع اللاشعورية. بهدف الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة (Sharf, 1996).

مبادئ العلاج النفسي للإكتئاب

أولاً - العلاج السلوكي

ينصب الاهتمام الرئيسي للمعالج السلوكي على توفير مصادر مختلفة وحقيقية للتعزيز الإيجابي، عن طريق تقديم نشاطات توفر فرصاً أكبر للتعزيز الإيجابي (Gambrill, 1981)

وبناء على هذا الإعتقاد قام لوينسون بتطوير مجموعة من الأنشطة والمواقف المُعززة التي أتفق تجريبياً على أنها تمثل نشاطات سارة تشتمل على تعزيز إيجابي. (هارون، 1992)

ثانياً - العلاج المعرفي

يهتم المعالج المعرفي بمحاولة تعديل اعراض الإكتئاب من خلال التعامل مع المفاهيم المعرفية التي تفسر ظهور هذه الأعراض وبالتالي ظهور الإكتئاب وتسير عملية العلاج حسب "وجهة نظر بيك المعرفية" ضمن خطوات محددة هي:

1- ملاحظة أو مراقبة المريض لأفكاره السلبية.

2- تنظيم العلاقة بين الإدراك والسلوك.

3- اختبار المريض للدلالات والشواهد حول تفكيره الآلي الهدام.

4- ابدال افكار وطرق تفكير المريض السلبية (الخاطئة) بإفكار وطرق واقعية. (هارون، 1992).

ثالثاً - العلاج السلوكي العاطفي - العقلاني

أما المعالج السلوكي العاطفي- العقلاني للإكتئاب فيحاول خلال المرحلة الأولى للعلاج الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية لدى الشخص المكتئب، حيث يحاول مساعدته في الكشف عنها وادراكها. وفي المرحلة الثانية يحاول المعالج توعية المكتئب وتنمية قدراته على التمييز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية لتأتي بعدها الخطوة الثالثة في العلاج وهي مناقشة الافكار اللاعقلانية من خلال طرح تساؤلات وأثارة النقاش من قبل المعالج حول أفكار المريض غير المنطقية (عبد الهادي والعزة، 1999) ونتيجة لهذه الناقشات يفند المكتئب افكاره اللاعقلانية ويصبح في وضع قادر على تطوير فلسفة مؤثره تساعده على تطوير افكار عقلانية واستبدالها بالافكار اللاعقلانية غير الملائمة وبالتالي يحدث التأثير العلاجي وهو التغير الذي يطرأ علي الانفعالات والسلوك بسبب المعالجة حيث يقوم الفرد بتقليل مشاعر الإكتئاب والكراهية الذاتية بمشاعر القناعة والسعادة. (Corsini, 1995).

رابعاً - العلاج التحليلي:

يهدف العلاج التحليلي إلى كشف محتويات اللاشعور واخضاعها للمحاكم الشعورية وتقوية الأنا بهدف جعل السلوك مبنياً على الواقع بشكل أكبر وتركز الأساليب التحليليّة على إعادة بناء خبرات الطفولة، وفهمها، ومناقشتها، وتحليلها لتطوير مستوى جيد من فهم

الذات ومن ثم احداث التغيير اللازم في بناء الشخصية (يحيى، 2000). فالعلاج موجه هنا نحو التبصير الحقيقي وليس التبصير العقلي. أما أهم الأساليب العلاجية فتتضمن التداعي الحر الذي ينفّس فيه المكتئب عم يجول في خاطره من أفكار ومشاعر بحيث يتم من خلال هذا التداعي، الكشف عن الرغبات، والتخيلات، والصراعات، والدوافع اللاشعورية لديه، وتجميع الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر المكبوته. ويسعى المعالج إلى تشجيع الفرد على التداعي الحر بالتعاطف مع خبراته ومشاعره وتفسير المقاومة للعلاج له إن حدثت، وذلك لمساعدة العميل على التعامل الفعّال، وبالتداعي الحر والاساليب الأخرى مثل تحليل الأحلام، وزلات اللسان، والإختبارات الإسقاطية، والعلاقة العلاجية نفسها، يتم الكشف عن اللاشعور وتفسير السلوك الدفاعي والانفعال والصراع الذي يرتكز عليه، ومن خلال هذا التفسير يُسمح للأنا باستيعاب الاحداث الجديدة المكتشفة اللاشعورية ويحدث الشفاء (Sharf, 1996).

خامساً - العلاج متعدد النماذج Multimodal Therapy

يأخذ العلاج متعدد النماذج بالاعتبار كافة العوامل المتنوعة التي تساعد على ظهور حالة الإكتئاب واستمرارها لدى الأطفال، مثل العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية والنفسية والجسمية والمعرفية. وقد قامت برامج العلاج متعدد النماذج بسبب ما يلي:

1- تعدد جذور اضطراب الإكتئاب لدى الأطفال.

2- يعاني الأطفال ذوي الإكتئاب من مشاكل متعددة،فعلى سبيل المثال قد يعاني الطفل المكتئب من مشاكل أسرية أو صحية أو نفسية أو اجتماعية أو نشاط زائد أو صعوبات تعلميّه.

ويُعنى العلاج متعدد النماذج باستخدام نماذج علاجية مختلفة لمواجهة هذه المشاكل التي قد تعمل كعوامل أونتائج لحالة الإكتئاب مثل العلاج النفسي الفردي والتعليم العلاجي والعلاج بالعقاقير المضادة للإكتئاب، أو غير ذلك. ويتم اختيار العلاج المناسب اعتماداً على نتائج التقييم الشامل لمشاكل الطفل. (Clarizio, 1989).

السرقـــة

مقدمة :

يعتبر سلوك السرقه من المشكلات الشائعه في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد يعتبر هذا السلوك مؤشّراً واضحاً على بعض الإنحرافات السلوكية فيما بعد، ولا يستطيع كثير من الآباء والمعلمين التعامل مع هذا السلوك بأساليب العلاج والوقاية المناسبه، مما يسبب بعض الإحباطات لدى الآباء والأطفال وقد يؤدي إلى تفاقم المشكلة، لذلك كان لابد من توجيه الوالدين والمعلمين للأساليب المناسبه للتعامل مع هذه الظاهرة.

تعريف السرقة:

وجد المؤلفان من الصعوبة جداً إيجاد تعريف محدد للسرقة لدى الأطفال، نظراً للتباين الكبير بمفهوم السرقة وأسبابها لدى العديد من المختصين المهتمين بالموضوع في العلوم الإنسانية المختلفة التي تتناول هذه الظاهرة، فالأديان تعتبر السرقة سلوك محرم تحريماً تاماً يوجب العقاب ولكن ضمن شروط وحدود يجب توافرها قبل الشروعٍ بالعقاب، والقانون يعتبرها جريمة يجب العقاب عليها، ولمن هم وفي وضع الأطفال تصنّف ضمن جرائم الأحداث ولها قانون خاص يحكمها.

وفي السنن الأخلاقية التي بها يؤمن كثرة من الناس اتفاق على أن خرق قواعد السلوك والاستحواذ على أملاك الآخرين جريمة.

أما بالنسبة للتربويين فهم لا يختلفون مع الآخرين بالنظر للسرقة، لكن لهم وضع خاص عندما يتم الحديث عن سرقة الأطفال، نظرا لان للمراحل النمائية لديهم في المجالات النفسية والعقلية والاجتماعية والسلوكية، ما تزال مستمرة ولم تصل بعد الى النضج الكامل الذي يؤهلهم إلى تحمل المسؤولية بشكل كامل.

وفي ما يلي بعض التعريفات التي تتناول السرقة:

يعرّف (وديع، 1994) السرقة على إنها تعتبر سلوكا يعبر عن حاجة نفسية فهي ليست حدثا منفصلا قائماً ذاته وإنما هو وظيفة في خدمة شخصية الفرد فقد تكون وسيلة مثلا لجذب الانتباه واثبات الذات وقد تكون وسيلة لحماية هذه الذات.

ويعرّف (الشربيني، 1994) السرقة على انها استحواذ الطفل على ما ليس فيه حق وبإرادة منه، وأحياناً باستغفال مالك المراد سرقته أو تظليله.

ويعرّف (شجيمي، 1994) السرقة على أنه استحواذ على ما يملكه الآخرون بطريقة شاذة وغير سليمة، أو بدون وجه حق، ونظرا لأنها تلحق الضرر بالمجتمع لأنها تمس تملك الأشخاص والجماعات، فان القانون يعاقب عليها، كذلك المجتمع، وحتى الأديان السماوية فقد تشددت في معاملة السارقين.

يعرّف (زيعور، 1993) السرقة بأنها عمل غير اخلاقي، وذنب يعاقب عليه المجتمع فعلم النفس يتناول هذه السرقة كظاهرة وكتعبير عن مشكلة نفسية واجتماعية يعاني منها الولد فالسرقة ما هي إلا تعبير عن صراع وعن عدم استقرار، ومن الضروري عدم المبادرة إلى العقاب فورا دون معرفة الدوافع والأسباب ومعالجتها.

ويعرّف (الزعبي، 1994) السرقة بأنها مشكلة اجتماعية تظهر على شكل اعتداء شخص على ملكية الآخرين بقصد أو بدون قصد بغرض امتلاك شيء لا يخصه. وحتى يوصف هذا السلوك بأنه سرقة لا بد أن يعرف الطفل أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه.

وتتضمن تعريفات السرقة السابقة العناصر التالية:

1- أنها استحواذ على ملكية الآخرين دون وجه حق.

2- أنها عدوان على ملكية الآخرين.

3- أنها عمل غير أخلاقي يجب أن يعاقب عليه القانون.

4- أنها قد تكون مشكلة نفسية واجتماعية أو تربوية تحتاج الى تطوير أساليب للوقاية والعلاج.

وحوادث السرقة البسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة شائعة جداً، وهي تميل عند الأطفال إلى بلوغ ذروتها في حوالي عمر 5 -8 سنوات ومن ثم تبدأ بالتناقص (حمدي وداود، 1989) .

ويرى (الشربيني، 1994) أن السرقة تبدأ كاضطراب سلوكي واضح في الفترة العمرية 4 -8 سنوات، وقد يتطور الأمر ليصبح جنوحا في عمر 10 -15 سنة وقد يستمر الحال حتى المراهقة المتأخرة.

ويرى الزعبي (1994) أن السرقة العادية إذا استمرت بعد سن عشر سنوات فأنها على

الأرجح علامة وجود اضطراب انفعالي خطير عند الطفل وهي بحاجة إلى مساعدة متخصصة فورية.

ويؤكد حمدي وداود (1989) أن حوالي 25 ألف طفل أمريكي يحالون سنويا إلى محكمة الأحداث بسبب السرقة.

لم يتم التعرف على دلالات حول سرقة الأطفال كمتنبئ بالسلوك اللاتكيفي في مرحلة المراهقة أو الرشد (Gloria & Kungess. 1989).

أشارت دراسة للمقارنة بين استجابات الاطفال العاديين والاطفال المعاقين عقليا لمقاومة السرقة، أن الاطفال العاديين يقاومون الاستجابة للسرقة اكثر من الاطفال المعاقين عقلياً (Merrills & Hainnes 1982).

ومن الجدير بالذكر انه لا تتوفر لنا معلومات إحصائية حول نسبة انتشار السرقة في الأردن.

اشكال السرقة:

1- السرقة الكيدية: حيث يلجأ بعض الأطفال إلى سرقة الأشياء عقاباً إما للكبار أو لأطفال مثلهم، حتى يصيب هذا الشخص المسروق الهلع والفزع، وذلك نتيجة لوجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين.

2- سرقة حب التملك: لا نبالغ إذا قلنا أن أغلب الأطفال مارسوا نوعا من السرقة، وان الأمر ينطوي على إشباع حاجة بدأت مع النزوع للاستحواذ على مستوى من العاطفة في مراحل النمو النفسي الأولى برغبة الطفل الرضيع في الاستئثار بالأم وقد ينجح مما يدفعه بالتدريج إلى محاولات الاستحواذ على الأشياء الأخرى.

3- السرقة كحب للمغامرة والاستطلاع.

4- السرقة كاضطراب نفسي: إن العوامل النفسية وراء السرقة كثيرة ومتشعبة ولا يمكن تفسير سلوك السرقة بدافع واحد مثل الحاجة إلى النقود أو الجوع أو الاستطلاع.

5- السرقة لتحقيق الذات.

6- السرقة نتيجة الحرمان (الشربيني، 1994)

أسباب السرقة:

تعتبر أسباب السرقة كثيرة ومتباينة وفي بعض الأحيان لا نستطيع حصرها، الأطفال

يسرقون لأسباب عديدة فالأطفال الصغار جدا أو غير الناضجين ربما كانوا ببساطة لا يفهمون أنه يجب أن يحترم حق الملكية الخاصة بالآخرين، وهؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في التمييز بين الاستعارة والسرقة.

ومن الجدير بالملاحظة ان النتائج تشير إلى أن الأحداث المنحرفين والذين يتورطون باستمرار في أشكال مختلفة من السلوكيات اللااجتماعية يكونوا في الغالب من أُسر تتصف بالإدمان الأبوي على الحكول والجريمة والتنشئة الأسرية السيئة التي كثيراً ما تتسم بالنبذ التام للأطفال.

ومن العوامل التي ترتبط بأسباب السرقة العوامل المهمة التالية:

1- العوامل الاقتصادية: مثل الفقر، وانخفاض دخل الأسرة، ومعاناة الوالدين من البطالة.

2- العوامل الاجتماعية: مثل التنشئة الأسرية الخاطئة (الدلال والحماية الزائدة، الإهمال الزائد، التفكك الأسري، جهل الوالدين بأساليب التربية الحديثة.

3- العوامل النفسية المتعلقة بالطفل مثل الاضطرابات الانفعالية والأمراض النفسية، والغيرة والحرمان النفسي والاجتماعي.

4- العوامل المدرسية، مثل الشعور بالنقص للفروق بالوضع الاقتصادي والتنافس والغيرة بين الأطفال، وعدم المعاملة الجيدة من المعلم.

5- غياب أو ضعف دور الوالدين وعدم قدرتهم على معالجة المشكلة بالأسلوب المناسب.

6- وسائل الأعلام مثل التلفزيون والسينما والإنترنت وغيرها من الوسائل التي تقدم النماذج السلبية للأطفال.

7- ضعف الوازع الديني والابتعاد عن التربية الاسلامية المناسبة.

وتختلف أسباب السرقةوتتباين بشكل صعب حصره وذلك كما أسلفت للاختلاف والتباين الكبير في العوامل التي قد تكون سببا للسرقة وللاختلاف في أسباب السرقة بين المختصين الذين يتناولون موضوع السرقة في مختلف العلوم الإنسانية والاجتماعية.

ومن أهم أسباب السرقة:

1- ربما كان هنالك نقص خطير لشيء ما في حياة الطفل، وبالتالي تكون السرقة تعويضاً رمزياً لغياب الحب الأبوي، أو الاهتمام أو الاحترام أو المودة ومن غير المستبعد أن تبدأ السرقة بعد ترك أحد الأبوين للبيت أو وفاته.

2- سبب آخر للسرقة عند الطفل هو حقيقة أن بعض الآباء يحصلون على أشكال متعددة

من السعادة اللاشعورية من سوء تصرف طفلهم، حيث تشبع السرقة بعض مشاعر التمرد الكامنة لديهم، الطفل يشعر ويستثار كي يستمر في السرقة.

3- يمكن أن يكون الطفل قد قام باختيار نموذج سيئ للاقتداءبه، وربما يكون قد رأى أحد أبويه أو أصدقاء أو اخوه وهو يسرق ومن ثم يقوم بتلقيد هذا الشخص. كما أنه ليس من النادر أن يسرق الطفل من اجل الحصول على رضا جماعة الرفاق.

4- بعض الأطفال يسرقون من اجل تدعيم احترام الذات، فهم يعرضون الأشياء المسروقة على الآخرين كي يثبتوا لهم صلابتهم ورجولتهم أو كفاءتهم، كما يستمتع أطفال آخرون بالاستثارة وحسن المغامرة المتضمن في القيام بالسرقة.

5- قد يسرق الطفل من خلفية اقتصادية اجتماعية متدنية لانهم ببساطة لا يملكون نقوداً لشراء الأشياء التي يريدونها وبما انهم هم أنفسهم لا يملكون ألا القليل جدا يكون من الصعب عليهم احترام ملكية الآخرين.

6- قد تكون السرقة هي طريقة الطفل اللاشعورية في الانتقام من أحد أبويه فإذا منع أحد الأبوين طفلته من وضع المساحيق (Make- up) فقد تقوم الطفلة بالسرقة من أحد المتاجر مع رغبة لا شعورية في أن يتم إمساكها وبالتالي تسبب الإحراج لوالدها.

7- قد تكون السرقة علامة على التوتر الداخلي عند الطفل، مثل الاكتئاب، أو الغيره من طفل جديد ولد للأسرة، ويحاول الطفل استعادة الشعور الداخلي بالارتياح من خلال السرقة، وقد يكون هناك سبب آخر هو أن لدى الطفل درجة احتمال للأحباط متدنية جدا ويجد الصعوبة كبيرة في مقاومة الأغراء (حمدي وداود، 1989).

ويذكر (وديع، 1994) الأسباب التالية للسرقة:

1- عدم التمييز الذي تتصف به الطفولة، عدم التميز بين ما يملكه ما لا يملكه.

2- الحاجة المباشرة لسد الرمق والجوع كما يفعل الأطفال الذين يشتغلون بأجور زهيدة فتدفعهم الحاجة إلى مد أيديهم لملكية الآخرين حتى يؤمنوا حالة من الكفاف الخاص.

3- اشباع ميل أو في سبيل تلبية رغبة أو ممارسة هواية كأن يسرق الفرد لإشباع رغبته في ممارسة الألعاب أو ركوب دراجة أو شراء السجاير.

4- التخلص من مأزق كأن يسرق الطفل من جيب أبيه مالاً استدانه من رفيقه حتى لا يفتضح أمره أو حتى لا يشكي إلى أبيه.

5- تعزيز موقع الطفل كأن يسرق الطفل ليصرف على رفاقه حتى يبقى متزعما أو مقبولاً

من الجماعة التي ينتمي أليها أو كذلك التلميذ يسرق ليرشي عريف صفه حتى يغض النظر عنه ولا يشكوه إلى المعلم.

6-الغيرة والاختلاف في المعاملة كأن يسرق الطفل الذي يحس بالغبن أغراض أخيه الذي يغار منه والذي يلقي معاملة جيدة مختلفة من أبويه.

7- العوامل اللاشعورية التي تتكون عبر حياة الطفل نتيجة علاقة هذا الطفل ببيئته وبمختلف الظروف المحيطة به وأكثر الأمور تأثيراً في هذا المجال الحرمان العاطفي الذي يعيشه الطفل أو تأثير بفقدان عطف أحد والديه بسبب الوفاة.

8- التعويض عن الشعور بالنقص كأن يسرق الطفل الفقير أو الذي لا يعطيه أبوه مصروفاً يومياً ليذهب برحلة مدرسية ويكون كسائر رفاقه في الصف.

9- فقدان الأمن والشعور بعدم الاستقرار نتيجة ظروف مستجدة في العائلة كالتفكك الذي يصيب الأسرة أو الزوج الثاني او الطلاق.

10- مسايرة الآخرين وتقليدهم وهذا ما نراه من طفل انضم حديثا إلى شلة من المنحرفين بحيث أمنوا له الحماية والشعور بالقوة ما يضطره إلى مسايرتهم والقيام بما تأمره به فيتم ذلك أولاً عن طريق الإغراء فالاستمالة من بعيد ثم التقليد فالامتهان (وديع، 1994)

أسباب السرقة في سن المدرسة:

فان بعض أسباب السرقة عند الأطفال في سن المدرسة هي كما يلي:

أ - الحرمان المادي، حيث أن بعض الأطفال لا يملكون ما يكفي من النقود لسد حاجاتهم لشراء الحلوى أو الذهاب إلى السينما وما إلى ذلك فهم يرغبون فيما يملكه أصدقاؤهم وليس لديهم طريقة آخرى للحصول على النقود، والحل هو أن توفر لهم أشياء مادية اكثر او مصادر دخل أُخرى.

ب - الحرمان العاطفي، يشعر الأطفال المحرومون عاطفيا بالحرمان من الحب والمودة والاهتمام من قبل الأبوين، والحل هو أن يبذل الأبوان جهوداً اكبر في حب أطفالهم وتقبلهم وقضاء الوقت معهم.

ج - عدم النضج: حيث يقوم بعض الأطفال في سن المدرسة (عمر سبع سنوات فما فوق) بالسرقة لانهم لم يطوروا بعد ضميرا ناضجاً أو قدرة على المحاكمة الاخلاقية، حيث انهم ميالون للتمركز حول الذات ويبحثون عن إشباع فوري لدوافعهم ولما كانوا غير

قادرين على التخطيط المسبق وتوفير النقود فانهم يقومون بالسرقة للحصول على ما يريدون.

د - حب الاستثارة أو الايقاع بالغير وذلك من اجل الهيبة، حيث يسرق بعض الأطفال من اجل الاثارة (المخاطرة، إلقاء التبعية على سواهم)، ولكسب استحسان مجموعة الرفاق واحترامهم أو لكي يثبتوا مدى قوتهم وبراعتهم. والحل يكمن في توجيههم إلى مصادر بديلة للإثارة والصداقة والأهمية.

هـ - التعزيز الأبوي والنمذجة (حمدي، وداود، 1989)

لاحظنا التباين الكبير في اسباب السرقة في ما ذكر اعلاه، وهذا يجعلنا نبحث بالأساليب والطرق المناسبة للوقاية والعلاج من مشكلة السرقة.

السرقة المرضية (كليبتومينيا):

حيث يجد المصاب في مواقف يصعب عليه أن يقاوم سرقة أشياء لا يحتاج إليها ولا تعود عليه بالنفع، بل على العكس فان معظم المرضى في هذه الفئة يلقون بما سرقوه في سلال القمامة او يهدونه الى الآخرين، او يخزنونه بعيدا عن متناول يدهم او متناول أيدي الآخرين، كذلك فان محب السرقة يمر بتوتر خاص قبلها وبنشوة شديدة بعدها (حقي، 1993)

ومن الأمثلة الواقعية على السرقة المرضية هذه القصة الحقيقية التي وردت على لسان إحدى المريضات حيث تقول:

"قصتي بسيطة ولكنها تحمل كل مميزات الأجرام على ما اذكر كنت في الثامنة عشرة من عمري حين أخذتني أمي معها إلى مخزن كبير لبيع المواد التجميلية فابتاعت لي احمر شفاه ووضعته في جزداني وحين عدنا إلى البيت علمت أن أمي عزفت عن الشراء، وان صاحب المحل خيل إليه أننا أرجعنا بضاعته.

وفي مرة ثانية تساومت أمي مع البائع على قطعة المجوهرات واعطيت لي القطعة، بيد ان والدتي أوحت للبائع انها أرجعت القطعة لمحلها فيما كان العكس. وشهادة لله، لم تكن أمي تعلم بما حصل وفيما إنني انتبهت المرة الثانية للموضوع وجعلت من نفسي (متجاهلة للموقف) فإذا مرت الحادثة على ما يرام اكون قد كسبت القطعة الذهبية، وهذا ما حصل، وفي المرة الثالثة ومره على مره صرت حين ادخل الى المخازن الكبرى والتي تكون خدمتها ذاتية أعمل على إخفاء ما خف حمله وما ثقلت قيمته تحت سترتي واندفع خارجة من

المكان ثم اقف قليلاً في المدخل فاتلمس القطعة بقوة.. وانتظر فإذا لم يلاحظني احد يتملكني شعور وحشي بالانتصار أو أن (العين التلفزيونية) قد ضبطتني فاسقط في غياهب اليأس وافكر كيف سأرسل إلى السجن مع المنحرفات ولو سألتني عن وضعي المادي فأنا لا أشكو من العوز وحالتي المادية أكثر من الوسط ولا يتركني زوجي بحاجة الى شيء؟ (عبده، 1994).

يجب التمييز بين السرقه الإقتصاديه وغير الاقتصاديه وهذا إذا إعتبرنا وضعك مستقر او لست بحاجة للسرقة، ويقال عن مثل وضعك (جنون السرقة) والمفروض فيه انه سرقة بسبب مرض نفسي وبدون أن يكون بدافع من حاجة اقتصادية. (عبده، 1994)

ومن المعروف أن الكثير من مجنوني السرقة الأثرياء او غير المعوزين وان ليرة او ليرتين لا يزيدهم او ينقصهم شيئا، ومعظم هؤلاء السارقين من النساء وقد اصبح المسلم به الان بصورة عامة، بأن سرقتهن تعني سرقة اللطف والحنان ولكن بصورة غير شرعية، لأنهن يشعرن بأنهن لا يحصلن على مقدار كاف منها بالطرق الشرعية والشعور بالاقتدار على سرقة شيء مقابل لا شيء تتغلغل جذوره إلى الطفولة او الى حياة الاحتماء بالأم والأب.

والسارقة في مثل الوضع السابق تتمتع بسرقتها في اتجاهين: شعورها بالانتصار عندما تنجح في عملها (سرقتها) وبشعورها المخيف بالاختناق عندما يقبض عليها متلبسة بالجرم، وفي كلتا الطريقتين هي (هستيرية): ويبدو أن الحياة الجنسية لن تقدم لها متعة وسروراً كافيين كمتعة السرقة والمشاعر الناتجة عنها أو أن حياتها الجنسية ليست ناضجة بالتأكيد، او بالأحرى طفولية.

ومن السخرية أن هؤلاء الناس يحكمون على انفسهم بأقسى مما يحكم عليهم القانون؟ وذلك لانهم لا يريدون أن (يشفوا) من (عادة) تدخل على أنفسهم مشاعر عنيفة لذيذة، وعادة لا تضر نوعا ما في اغلب الحالات! وهم بالتأكيد لا يعرفون لذة في حياتهم، لذة السرقة، واللذة التي تحل محل اللذة الجنسية التي لاتهمهم كثيراً ومن الحقائق المعروفة جيدا بان المراقبين السريين في المخازن الكبيرة يعرفون جيدا مجانين السرقة، ولديهم أوامر بأن يدعوهم وشانهم دون القبض عليهم او اعتراضهم لان مقابل الليرات التي يسرقونها يحصلون على اضعافها من الأشياء التي يشترونها من ذلك المخزن نفسه، كما ان كثيراً ما تكون المسروقات تافهة ليست بالقيمة المادية الكبيرة. (عبده، 1994)

النشّالون الصغار:

أن النشالون الصغار في المدن ما هم إلا أطفال اغلبهم يتمتع بذكاء عال أو فوق المتوسط كما يتمتع بقدرات عقلية وبدنية ومن هذه القدرات سرعة حركة الاصابع وخفة الحركة عامة خصوصا اللباقة اليدوية.

ودقة الملاح؟ والاستنتاج واللباقة في الحديث والقدرة على التظاهر بالأدب الجم والميل للمساعدة. وكلها تجعل عملية النشل تتم بسهولة، ونجد ان النشالون الصغار يسرقون دائما تحت تأثير وقيادة زعيم لهم أو قائد.... أي انهم يسرقون كاعضاء في جماعة (شلة) من الاولاد وقد يلجأ الزعيم الى تهديد الأولاد بالضرب أو الأذى إذا لم ينفذوا أوامره من ثم يعتادون السرقة ويتدربون عليها ويتقنون عليها النشل ، إلى أن يصبح مهنة يحترفها (جرجس، 1985)

طرق الوقايةمن سلوك السرقه

في ما يلي بعض الطرق والأساليب المناسبة للوقاية من السرقة:

1- تكوين اتجاهات سلبية لدى الاطفال نحو السرقة، واتجاهات إيجابية نحو الأمانة من خلال تبصير الاطفال بقواعد الاخلاق والتقاليد الاجتماعية الواجب مراعاتها.

2- تعليم الطفل القيم:

أ - ان الأبوين اللذين يعطيان قيمة كبيرة للأمانة الشخصية ولاحترام ممتلكات الغير واللذين يهتمان الخير العام بدل الكسب الشخصي ويعيان هذه القيم ويطبقانها على حياتهما اليومية يقل احتمال ان يكون لدى أطفالهم مشكلة سرقة.

ب - كذلك فان الأبوين اللذين يحترمان دائماً حق الطفل في الملكية الشخصية يقل احتمال ان يكون لدى أطفالهم مشكلة في هذا المجال فهذان الأبوين لا يقدمان إطلاقا على استعارة أي شيء يملكه الطفل دون أذنه المسبق (حمدي دادود، 1989)

3- أن يقوم الوالدين بتأمين المصروف المنتظم للطفل،وعدم ترك محفظة النقود أمامه، والتأكد من أن يكون لدى الطفل نوعاً من الدخل المنتظم لشراء الأشياء التي يحتاجها وكذلك ان يدعوا الاطفال يدركون أن بإمكانهم اللجوء إليهم عندما يكونون بحاجة حقيقية للنقود وانهم سوف يحاولون مساعدتهم (ديماس، 1999، حمدي وداود، 1989)

4- ان يكون الوالدين قدوة للطفل، والتأكد من إظهارهم خلق الأمانة في النشاطات اليومية وان يكونوا نموذجا جيدا لأطفالهم.

5- يجب أن يحدد الوالدين بوضوح حقوق الملكية داخل البيت وخارجه، مع احترام حقوق الجميع وان يعلموا الأطفال كيف يستعيرون الاشياء التي يمتلكها الآخرون ويعيدونها اليهم.

6- الاشراف المباشر على الطفل، حيث أن الأبوين اللذين يتابعان النشاطات اليومية لأطفالهما لا يتيحا الفرصة لعادة السرقة ان تتطور كثيرا قبل ان يتم كشفهم وكلما تم اكتشاف عادة السرقة مبكراً كلما كان ذلك افضل والتأكد ايضاً من توفير كثير من النشاطات البناءة المثيرة للأطفال كي يمارسوها في أوقات الفراغ (حمدي، وداود، 1989).

طرق علاج السرقه :

لا يمكن أن يكون هناك علاج واحد مقنن لأية حالة تبلغ أسبابها من الكثرة والتباين قدر ما تبلغه اسباب السرقة، ومن ثم كان أهم ما ينبغي عمله لحل هذه المشكلة مثلها مثل المشكلات السلوكية الأخرى لدى الأطفال، ان نقف على الغاية التي تحققها السرقة في حياة الطفل الإنفعالية (رمزي، 1982)

عند معالجة السرقة يجب التمييز بين السرقة كنزوة عابرة فريدة أو هي متكررة (بداية احتراف) والتمييز بين نوع وحجم المسروقات وعدد المشاركين هل هي إفرادية أم هناك عصبة؟ وما هو دور الطفل السارق فيها، فهل هو عضو أم قائد؟ والاجابة على هذه الأسئلة ضرورية لمعالجة هذه المشكلة الانحرافية في حال حدوثها (شحيمي، 1994) ويرى (الغبرة، 1969) أن السرقة عادة أو شبه عادة لا بد من الاستعانة بأخصائي نفسي للتوصل إلى علاج جذري لحلها.

أشارت بعض الدراسات ان السرقة تقاوم طرق العلاج التقليدية، وأكدت على استخدام التدخلات السلوكية (willaims. 1985)

وفي دراسة حول مهارات حل المشكلات الاجتماعية للسارقين المراهقين أشارت النتائج الى أنهم كانوا أقل اعتباراً لتحقيق الأهداف من المراهقين غير السارقين (Green, 1997)

وفي ما يلي عرض لبعض الأساليب المتبعة في علاج السرقة:

1- اتخاذ إجراءات فورية حيث ينبغي على الآباء بدلا من تجاهل الميول اللااجتماعية عند

اطفالهم أو التقليل من شأنها ان يعطوا وقتا كافيا لفهم هذا السلوك ومواجهته بشكل صحيح والذي ينبغي أن يكون غير مقبول في البيت كما هو غير مقبول في خارج البيت (حمدي وداود، 1989).

2- حاول ان تحدد بنفسك ما الذي حققه الطفل من خلال السرقة بمعنى ما هي دوافعه الكامنة وراء هذا السلوك السيء وبناء على ذلك يتم توجيهه وتوفير احتياجاته (ديماس، 1999)

3- مواجهة الطفل، حيث ينبغي على الأبوين بالإضافة إلى طلبهما من الطفل أن يقوم بالتعويض عما اخذ ، أن يواجها الطفل لفظياً بمخاطر هذا السلوك.

4- اضبط اعصابك واستجيب بهدوء.

5- الملاحظة والمتابعة المستمرة لسلوك الاطفال.

6- ترتيب الدخل المناسب للطفل وتزويده بالمصروف وتوفير احتياجاته باستمرار (حمدي وداود، 1989)

ويقترح (شحيمي، 1994) بعض الأساليب التربوية التي يمكن ان تحد من ظاهرة السرقة وهي:

1- عدم التشهير بالطفل أمام رفاقه اذا ضبط سارقاً بل معالجة مشكلته.

2- عدم التميز والتفضيل بين الاخوة.

3- اختيار القصص والأفلام التربوية المناسبة للطفل، لأن هنالك بعض وسائل التسلية المرئية والمقروءة تحرض الطفل على السرقة، تظهر بمظهر بطولي فتظهر السارق انسانا خارقا يجذب انظار الآخرين، ويمكن أن يوصف بالمهارة والحنكة والذكاء.والاطفال في مرحلة من مراحل الطفولة يتوقون ان يكونوا في هذه المواصفات فيقعون ضحية السرقة يحدث هذا طبعا في غياب التربية الخلقية والدينية وغياب عملية الضبط الأسري والاجتماعي.

4- لا تصف الولد بصفات اللصوصية، (أنت لص.. سارق) ولو تهكما فقد يستسيغ اللقب فيسعى إليه، ولا سيما وان فيه نوع من الانتصار على الكبار وهذه أمنية تدغدغ أحلام الصغار.

5- إعطاء مصروف الجيب للاطفال بين الحين والآخر ومراقبة كيفية انفاقهم بطريقة عفوية ودون إشعارهم بأننا نقوم بعملية مراقبة.

6-الابتعاد عن رفقة السوء (شحيمي، 1994)

ويرى (الهابط، 1985) ان من اساليب علاج السرقة ما يلي:

1- الوقوف على الغاية التي تحققها السرقة في حياة الطفل الانفعالية وبذل كل الجهد لمساعدته على اشباع هذه الرغبة الانفعالية بطريقة ترضيه وترضي المجتمع.

2- عدم اشعار الطفل بالإذلال والمهانة، بل يجب أن نشجعه على مواجهة المشكلة بصراحة وموضوعية حتى يتغلب عليها.

3-العمل على إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع.

4- الاهتمام بالتربية الدينية وتعميق الوازع الديني لدى الأبناء في المنزل والمدرسة.

5- تدعيم ثقة الأبناء بأنفسهم وذلك بمعاملة الكبار معاملة قائمة على الثقة وتربيتهم التربية التي تجعلهم يعتزّون بأنفسهم ويشعرون بقيمتهم.

6- مساعدة الأبناء على اختيار رفاقهم بطريقة تبعد تماماً عن الضغط والقسر بل يتم ذلك بطريقة التفاهم المشترك والإقناع والاقتناع.

7- عدم القسوة الشديدة على الأبناء وعدم محاسبتهم بعنف على كل صغيرة او هفوة.

8- اشباع الابناء بالحب والعطف والحنان دون الاسراف في ذلك حتى لا نصل بهم الى درجة التدليل الذي هو مفسدة لهم ايضاً فالتدليل ينمي في الطفل نزعة الانانية التي قد تؤدي به الى السرقة وكما تجعله يميل الى الاعتماد على الآخرين، حبذا لو كان هؤلاء الآخرين رفاق سوء مما يجعله أداة طبيعية لهم ولنواياهم السيئة.

9-توجيه الأبناء الى الأفلام التي يشاهدونها والروايات التي يقرؤونها.

10- تجنب الأسباب التي تقوي لدى الطفل الإحساس بالغيرة.

11- رعاية الأبناء منخفضي الذكاء وتوجيه سلوكهم المعوّج وجهه اجتماعية مقبولة.

12- تنمية الإحساس بالملكية الخاصة لدى الأطفال واحترامها ليحافظوا على ممتلكات الآخرين (وذلك باحترام الكبار لممتلكات أبناءهم وعدم الاعتداء عليها (الهابط، 1985)

دور الآباء في الوقاية والعلاج من السرقة:

إن الآباء الذين يتشددون مع الاطفال لتقديم المبررات لما ارتكبوه يكونوا بعملهم هذا قد اسهموا في مضاعفة مشكلات اطفالهم تلك وهي مشكلات بحد ذاتها حادة لا تحتمل، ويترتب على ذلك النتائج التالية:

1- فالطفل لا يستطيع الآتيان باسباب وهو لا يعرفها قط.

2- مضاعفة الشعور بالإثم لديه.

3- سينتبه الى شيء لم يكن يفكر به من قبل ألا وهو أنه قد أسيء فهمه من جانب الكبار.

4-سيصبح منقسم الشخصية فتصبح ذاته منشطرة الى شطرين وإحداهما متزمت صارم ممعن في اللوم والتأنيب، والآخر يكون تحت سيطرة الأفعال الشريرة وتتسلط عليه دوافع خبيثه لا يقوى على الانفلات من أسرها، ولا خلاف على أن في مثل هذه الأمور مصدر إزعاج كبير للطفل والاسرة (الجسماني، 1981)

لذلك يجب على الآباء أن يقوموا بما يلي لتفادي تعوّد أطفالهم على السرقة؟

1- يجب أن يعيش الابناء في وسط عائلي يتمتع بالدفء العاطفي المتبادل بين الأباء والأبناء ولا يتأتى ذلك إلا بالحب والشعور بالأمن والطمأنينة والجو العائلي الهادئ.

2- توفير الضروريات اللازمة للأطفال من مأكل وملبس وخلافه.

3- مساعدة الأطفال على الشعور بالإنتماء والإندماج في جماعات سوية في المدرسة والنادي وفي المنزل والبيئة بوجه عام.

4- يجب ان تحترم ملكية الطفل ومن ثم نعلّمه احترام ملكية الغير وإذا اعتدى طفل على ملكية طفل آخر فيجب الا نغمض أعيننا عن ذلك بل يجب ان ننبهه بمنتهى الرفق الى ان ما فعله خطأ.

5- مداومة التوجيه والأشراف المرن ومع عدم اتهام الطفل بانه سارق او لص إذا استولى على شيء ليس له، مع معالجة السبب الرئيسي الذي جعله يلجأ الى ذلك السلوك.

6- مساعدة الأطفال على التخلّص من الطاقة الزائدة والانفعال عن طريق المشاركة في انشطة جماعية واللعب والهوايات كالموسيقى والاشغال الفنية إلى غير ذلك مما يكسب الطفل شخصية قوية وينمّي قدراته (جرجس، 1985)

مراجع الفصل السادس

المراجع العربية:

- أبو لبدة، سبع وآخرون (1996) سيكولوجيا النمو (مختارات معرّبة). عمان: مركز صعوبات التعلّم: منشورت كلية الأميرة ثروت.
- باش، مصطفى (1989). أثر النمذجة في ضبط السلوك العدواني وزيادة السلوك الإجتماعي المرغوب لدى جانحي الأحداث بمدينة الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان - الأردن.
- البلشة، أيمن (1994) الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين الأطفال التوحديين والمتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- جرجس، مالك (1981). سيكولوجية الطفولة والمراهقة وحقائقها الأساسية، القاهرة: مكتبة الآفاق العربية.
- حقّي، أُلفت محمد (1993). الإضطراب النفسي، الطبعة الأولى، الاسكندرية: دار الفكر الجامعي.
- حمدي، نزيه وداوود، نسيمة (1989). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها: (مترجم)، عمان، منشورات الجامعة الأردنية.
- الخولي، توفيق (1999)، فعّالية برنامج إرشاد جمعي في التقليل من الخجل، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإردنية، عمان - الأردن.
- الدريني، حسين (1985). مقياس الخجل، الطبعة الأولى، القاهرة: دار الفكر العربي.
- دليل التربية الخاصّة للمعلم والمرشد والمشرف التربوي (1993). صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطّوعي الأردني، الطبعة الثالثة، عمان: مطبعة الصفدي.
- ديماس، محمد راشد (1999) تشاجر الأشقاء: المشكلات السلوكية: أسبابها، علاجها وطرق الوقاية منها. دمشق: دار إبن ادهم للطباعة والنشر.
- الرفاعي، نعيم (1981). الصحّة النفسيّة (دراسة في سيكولوجية التكيّف)، دمشق منشورات جامعة دمشق.
- الزعبي، أحمد محمّد (1994). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسيّة عند الأطفال، بيروت: دار الحكمة.
- زبعور، محمد (1993). الصحة النفسيّة للطفل المراهق، بيروت: عز الدين للطباعة والنشر.

- السرطاوي، زيدان وسيسالم، كمال (1987). **المعاقون أكاديمياً وسلوكياً: خصائصهم وأساليب تربيتهم**، الطبعة الأولى، الرياض: دار عالم الكتب.
- شحيمي، محمد أيوب (1994). **مشاكل الأطفال كيف نفهمها؟**، الطبعة الأولى، بيروت: دار الفكر اللبناني.
- الشربيني، زكريا (1994). **المشكلات النفسيّة عند الأطفال**، الطبعة الأولى، بيروت: دار الفكر العربي.
- شعلان، عزت وسلامه، أحمد (1998) مترجم. **مرض القلق**: الكويت: منشورات سلسلة عالم المعرفة.
- الشناوي، محمد وعبد الرحمن، محمد (1998). **العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته**، القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع.
- الصباح، سهير (1993). **الإنسحاب الإجتماعي لدى الأطفال المعوقين**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان - الأردن.
- عبد الرحمن، محمد خليل (1998). **القلق وعلاقته بالإنجاز الأكاديمي والمهني لدى طلاب الكليات المتوسطة سلطنة عُمان**، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان - الأردن.
- عبد الهادي، جودت والعزّة، سعيد (2001) **تعديل السلوك الأنساني**، الطبعة الأولى، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عبدة، سمير (1994). **مشاكل الناس**، الطبعة الأولى، القاهرة: دار الكتاب العربي.
- العُمر، فؤاد (1998). **الشروق: قصّة شيّقة لطفلة توحديّة**: مترجم، مركز الكويت للتوحّد.
- العواملة، حابس (1978). **أشكال السلوك العدواني عند أطفال الروضات في عمان والاجراءات السلوكية التي تتبعها المربيات في تعاملهم مع هذا السلوك**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإردنية، عمان - الأردن.
- القاسم، جمال، عبيد، ماجدة، الزعبي، عماد (2000) **الاضطرابات السلوكية**، الطبعة الأولى، عمان: دار صفاء.
- القريوتي، يوسف، والسرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل (1995). **المدخل إلى التربية الخاصة**، الطبعة الأولى، الكّويت: دار القلم.
- القمش، مصطفى (1994). **مشكلات الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي وإستراتيجيات تعاملهم مع المشكلات**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان - الأردن.

- محمد، محمد درويش (1996). القلق والإبتكار، دراسة الفاعلية التحصين التدريجي، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، القاهرة.
- المصري، إيناس (1994) فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض سلوك العزلة لدى طالبات المراهقة الوسطى، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان - الأردن.
- الهابط، محمد (1985). التكيّف والصحة النفسيّة، الطبعة الثانية، الإسكندرية: المكتب الجامعي.
- هارون، رمزي (1992). فاعلية ثلاثة برامج في التدريب على ضبط الذات في خفض الاكتئاب لدى عيّنة جامعية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- وديع، جليل (1994). كيف تفهمين نفسية طفلك. الطبعة الأولى، بيروت: دار عالم الكتب.
- يحيى، خولة أحمد (2000). الإضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الأولى، عمان: دار الفكر.

المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Assocication, (1994), **Diagnostic and Statistical Of Mental Disorders**.(4th, ed).
- Baker, A., (1976) **Hyperactivity: Methods of Treatment**. Division for childern with learning disabilities, CEC: Reston, Virginia.
- Beck. A. T, Rush, A.j. Shwa. B.F & G (1979) **Cognitive Therapy of Depression**, Guilrord Press.
- Brophy, J (1996) **Working with Shy orWithdrawn Students**. ERIC Digest. 3p Office of Educational Research and Improvement (ED), Washinghton, DC.
- Buss, Arnold H. (1980). Self - **Consciousness and Social Anxity**. Freeman and Company, San Francisco.
- Clarzio. H. F, (1989). **Assesment and Treatment of Depression in Children & Adolescents** Clinical Psy Chology Publishing Co. Inc.
- Clarizo, Harvey, McCoy, Gerorge, (1993) **Behavior Disorders in Children**, 538 - 581.

- Corey, Gerald. (1996). **Theory and Practice of Counseling and Psycotherapy**. Brooks/ Cole Publishing Company, Washington.
- Cormier, Willam. H. and Cormier, L. Sherilyn (1991). **Interviewing Strategies for Helpers**. (Third Edition). Brookskol Publisging Company California.
- Corsine, R, and Wedding, d. (1995) **Current Psychotherapies**, F. E Pea Cook Publishers, Inc.
- DeMyer, Marian K (1979) **Parents And childaren In Autism**, V. II. Winston and Sons, Washington, D. C, USA.
- Diseny Encyclopedia of Children's health, (1996), Autism, http: // family. go. com/ Features / family.
- Division Teacch, (1996), **Teacher Topics: Students with Visual Impairment and Multiple Disabilities**, http: // edtech. sandi. net/ epd/ 4F Fall 96 html.
- Edelson, stephens (1995) B, **Stimulus Overselectivity**. Tunnel Vision in Autism.
- Edelson, Stephen M, (1995.C) **Stereotypic (Self - Stimulatory) Behavior, hyperlink** http:/ www.autism.org/ s tim. html.
- Edelson, Stephen M (1995,D) **self - Injurious Behavior**, http: //www. autism. org/ tardiv. html.
- Edelson, stephen (1995,E) **Tardive Dyskinesia**, http:// www. autisxm. org/ tardiv. html.
- Edelson, Meredy.th Goldberg (1995,F) **Autism - Related Disorders in DSM - IV**, http: //autism. org/ dsm. html
- Edelson, Stephen M (1996) **Secreitnan and Autism**, http: www. autis m. org/ secretin. html.
- Edelson, Stepen, M. (1997) **Social Behavior in Austism**, Hyperlin http: / www.autism. org/ social.
- Forggatt, Wayne, (1997) **Abrief Introcluctiono Rebt**, This document is Located on the internet set: http: /www. ratinal. org. nz.
- Grandin, Temple (1998) **Frequently Asked Question about Autism**, http: / www. autism. org/ temple/ faq. html.

- Hallahan, d., Kauffman, J. (2003) **Exceptional Learners: Introduction to Special Education**. Euglwood cliffs: New Jersey: Prentice - hall.
- Hallahan, D Kauffman, J. (1992) **Exceptional Children: Introduction to special education**, Prentice hall, Inc (3 rd. ed) USA.
- Hall, J (1982). **Ivitation To Learning And Memory**, Allyn and Bacon, Inc.
- Henderson, L, M., and Zimbardo, P. G.. and Carducci, B. J (1999) **Shyness. An article for the Encyclopedia of Psyhology.**
- Henderson, L. M., and Zimbardo, P. G, and others (Smith, C. M. S, and Bueft, S (2000). **Shyness and Technology use in High School Students.**
- Henderson, Lynne, and Zimbardo, Philip (1996) **Shyness in Encyclopedia of Mental Health**. Academic Press, San Diego.
- Jones, Warren H, and Cheek, Jonathan, M, and Briggs, Stephen R. (1986). **Shyness: Perspectives on Research and Treatment**. Plenum Rress New York and London.
- Kanfer, R. & Zeiss, A. M (1983) Depression in Terpersonal Standerd Setting and Judgment of self - Efficacy. **Journal of abnorrmal Psychology**, Vol 92. N. 3.
- Klaire laboratories, (1999) **Nutritionl Interventions In Autism:, Sereri Aid** (TM), http: // members. spree. com/ autism/ se ranaid. htm.
- Lazarus, P (1987). **Psychoeducational Evaluation of children and adolescents with low - Incidence Handicaps**, Gurne & straton, fuc, Florida - Lewis, Doorlay (1987).
- Mehl, Lewis and Madrona (2000 A) **Autism: An Overivew**, http: // WWW. healing - arts. org/ children/ autism - overview. htm.
- Mehl, Lewis and Madrona (2000, B) **Autism: Treatments** http: // www. healing - arts. org/ children - assessment. htm.
- Michael, B,. (2000) " **Diagnosis And Treatment of Children And Adolescent with Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder**" Jorunal of Consulting & Development, Vol. 78, 195 - 203 .
- Paul, J Epanchin, C (1992) **Emotional disturbance in children, Theories and Methods for Teaches**, Merrill Publishing company, columbous.

- Pawletko, Terese and Lorraine (1999) **Examples of Sympton Presentation in Blind / Autistic children in contrast to blin/ Non Autistic children a la DSM - IV Criteria**, http: // www. tsbvi. edu/ Education / Vmi/ autistic - vs - nonar - tistic. htm.
- Publication of NICHCY (2000) **National Information Center for Children and Yorth with Disabililtes**, General information about Autism and Pervasive Develo[mental Disorder, http: // www. nichcy. org/ pubs/ factshe/ fs 1 txt. htm.
- Rimland, Bernard (1987) **Vitamin B6 (and magnesim in the treatment of Autism.**
- Ross, A., (1981), **Child Behavior Therapy**, John Willey & sons, New Yok.
- sharf, R.S (1996). **Theories of Psychotherapy and Counselling**, Brooks, cole.
- Shea, Thomas, M (1978), **Teaching Children and youth with behavior disorder's,** The c. v Mosby company, U. S. A.
- Stainback S., and Staintack W., (1980), **Educationg Children with Severe Maladaptive Behaviors**, Torontoy, Grune & Startton INC, New york, U.S. A.
- Staum, Myra J- (2000) **Music Therapy and language for the Autistic child**, http: // www. autism. org/ music. html.
- Terhin, Paul, (1998) **Some Basic Information about Teach**, http: // www. unc. edu/ depts/ teacchteacchn. htm.
- Thurber, s. Crow, AI; Thurber, A.j. & Woffington, M. L 1990) **Cognitive Distortions and Depression In Psychiatrically Dirsturbed Adolescent Inpatients.** Journal of Clinical Psy Cho - logy, Vol. 46. No. 1
- Williams, Ruth M, (1985), **Children Stealing: A Review of Theft Control Procedures for Parents and Teachers;** Remedial and Special Education.

الفصل السابع

إدارة سلوك الأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً

- المقدمة
- شروط إدارة السلوك بفاعلية
- منع المشكلات السلوكية
- تصميم الغرفة الصفيّة للأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً
- مراجع الفصل السابع

الفصل السابع

إدارة سلوك الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً

المقدمـة :

يعتبر السلوك غير المناسب مصدر شكوى دائمة من قبل معلمي الأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً حيث يُظهر هؤلاء الطلبة باستمرار سلوكات قد تكون على شكل التهديد، والغضب، وتشجيع الاصطدام مع المعلم، وإذا استجاب المعلمون للسلوكيات المشكلة بطريقة بناءة فانه من المرجح أن يتعلم الطلبة سلوك وقيم وأساليب جديدة للتعامل وبالتالي يستطيعون ضبط أنفسهم، وإذا استجاب المعلمون للسلوك بطريقة غير فعالة فإنه سيصبح لدى الأطفال آراء سلبية حول المدرسة وحول قدراتهم أنفسهم.

وبوضوح فان القرارات اليومية حول ما يجب عمله، ومتى وكيف يمكن عمله، لها أهمية حاسمة في استخدام المدخل العلاجي المناسب واستخدام بيئة النمو الداعمة، مثل اتخاذ القرارات الصعبة على الأقل لسبب أو سببين، وأول شيء يجب على المعلم القيام به هو أدارته الذاتية حيث يجب على المعاقين أن يضبطوا مشاعرهم الخاصة لكي يديروا المشكلات السلوكية بشكل بناء.

وأن أي رد فعل غاضب نحو الطفل الغاضب أو توقف غير مناسب عندما يبدأ الطفل رمي كتبه بحدية تضيف الوقود للنار لذلك فان المواجهة الدافئة وبشكل ثابت يمكن أن تهدئ المشكلة.

هذا ليس للقول بان المعلمين يجب ان يملكوا مشاعر سلبية نحو الطلبة وسلوكهم ولكن بشكل طبيعي يمكن للمعلمين ان يغضبوا ويحبطوا من الأطفال.

والتحدي الكبير للمعلم هو كيفية إدارة مشاعره الخاصة، ولذلك قد تكون من اكثر الأشياء المساعدة في ادارة السلوك.

والسبب الثاني حول لماذا يعتبر اتخاذ قرار إدارة السلوك اليومي صعبا، هو أن المعلمين لا يملكون الاستعداد للتعرف على المعيار المناسب للفعالية وبشكل نادر يستطيع المعلم تحديد إذا ما كان التدخل مناسب أو غير مناسب وبشكل نموذجي للأطفال المضطربين انفعاليا وسلوكياً.

فعلى سبيل المثال المعلمة (Moor) طلبت من آن كسب بعض الوقت الحر لأنها قامت بتخزين الجداول وكان رد فعل آن الغاضب الاستياء ورفض الحديث في استراحة صباح اليوم الثاني ولم تنجز عملها وآدى ذلك إلى ضياع فترة الصباح عليها.

لذلك المعلمة مور (Moor) حددت بعض الأسئلة حول إذا ما توجد طريقة مناسبة لادارة السلوك لمساعدة آن للقيام بعملها. ومن الأسئلة المطروحة في مثل هذه الحالة هل يشعر الطفل بان المعلم تفوق عليه وهل يشعر بان المعلم خائف منه.

وحتى عندما يبدأ الطفل السلوك فان ذلك ينعكس على نمط السلوك والتوقعات نحو هذا النمط، فعلى سبيل المثال فالمعلم يمكن أن يرسم بشكل بياني أو يحدد أسباب الفوضى ويحدد ان انفجار السلوك او ردود فعلهم الغاضبة غير متكررة (Steven & Conoly, 1984).

شروط إدارة السلوك بفاعلية:

لا تحدث إدارة السلوك بفعالية من فراغ، لذلك لتأسيس نظام فعال لادارة السلوك والتعامل معه، يحتاج المعلمون لفهم النظام الذي يعملون فيه، فهم يحتاجون لمعرفة ما الذي يستطيعون توقعه وما الذي يتوقع منهم وهم بحاجة للاجابة على أسئلة من مثل ما هو نوع السلوك الذي يرجع فيه إلى شخص محدد في البيئة التعليمية عندما يخرج سلوك الطفل عن الضبط، وما هو نوع التدخل الممكن عندما يحتاج المعلمون التعاون مع المعلمين الآخرين، وما هي المصادر المتوفرة اذا احتاجوا لمساعدة إضافية لطفل معين.

وربما من المهم جدا معرفة كيفية الأشراف وتقديم الاستشارات المتوفرة، وبطريقة مماثلة، يحتاج النظام للإجابة على الأسئلة من نوع ما الذي تستطيع توقعه من الأطفال المضطربين انفعاليا، وكيف يستطيع الناس ان يسلكوا عندما يصيب الطفل نوبة غضب في الكافتيريا، وما هي أنماط الطلبة التي يمكن وجودها في الصف من الطلبة المضطربين انفعاليا.

وإذا لم يتوقع توضيح الأسئلة السابقة فان مهمة برنامج التدخل تبقى غير واضحة، وبالتالي فان قرارات إدارة السلوك المهمة سوف تكون صعبة ومن المرجح أن يتطور الصراع بين فريق العمل.

حيث أن الاختلاف في الآراء يأخذ طابع شخصي وهكذا يحترق المعلمين، ومن المرجح أن يتزايد ذلك فيما بعد.

وهذه الصعوبات الكامنة من الممكن للبرنامج ان يحلها بتوزيع الوقت عن طريق التخطيط لمستوى البرنامج والعلاقة بين المعلم والطالب.

بالاضافة لتوضيح العلاقة بين النظام الذين يعمل فيه المعلمون فانهم يحتاجون لتأسيس علاقة هادفة مع الأطفال في صفوفهم، لانه عندما يشعر الأطفال بان المعلمين لا يعتنون بهم فانهم يشعرون أن المدرس غير كفوء وغير موثوق فيه وغير آمن وغير وثيق الصلة بهم وغريب عنهم، ولا يستطيعون فهمه، ومن المرجح أن يصبحوا نتيجة لذلك هجوميين ومؤذيين واكثر من ذلك لا يسمحون لمعلميهم أن يعرفوا مشاعرهم ومخاوفهم الواقعية، وبالتالي فان هؤلاء الأطفال قد يعملوا على اضطراب الصف ويرفضون التعاون ويتحرشون بالمعلمين، ويظهرون ردود فعل كثيرة غير مناسبة، وعندما يكون الأطفال محور اهتمام المعلم فانهم يرجون من المعلم تقديم الحلول للمشكلات، وبالتالي يثقون بالمعلمين كأشخاص لديهم السلطة، وهذه هي الشروط الضرورية لجعل الأطفال قادرين على أدراك المعلمين والمدرسة بأسلوب إيجابي، وبالتالي أن النظرة الإيجابية نحو المعلم والمدرسة من قبل الطلبة تعتبر ضرورية وأساسية لادارة السلوك بفاعلية (Paul & Epanchin, 1992).

منع المشكلات السلوكية:

افضل مدخل للمشكلات السلوكية هو منعها من الحدوث بشكل غير مباشر، والتعامل معها بشكل طبيعي وليقوم المعلمون بعمل ذلك فانهم يحتاجون للقدرة على توقع المشكلات الكامنة، تخطيط الطرق المناسبة لتجنب المشكلات وتحذير الطلبة من تطويرها.

وتم إجراء عدد قليل من الأبحاث حول المواقف السابقة لحدوث المشكلات، وهي شروط تساعد السلوك على الحدوث بشكل واقعي.

وعلى الرغم من وجود بعض الأبحاث القليلة على استراتيجيات حل المشكلات، الا أن الأدب العيادي الإكلينيكي يشير لبعض الإجراءات والتطبيقات المؤكدة التي تزيد خطر الطلبة المضطربين انفعاليا. مثل النشاطات غير الهادفة، والانتقال من نشاط لاخر بسرعة وعدم استخدام المكآفاءات بشكل مناسب والعقاب والإحباط والانزعاج من المهمات الأكاديمية والألعاب التنافسية وردود أفعال المعلمين غير المتوقعة وعدم وضوح التوقعات. (Millman, 1981)

وفيما يلي بعض الاقتراحات التي تقدم وسائل مناسبة لتجنب المشكلات السلوكية:

1 - ترتيب غرفة الصف لتناسب موضوعات التدريس:

يؤثر المظهر الجسمي وتنظيم غرفة الصف على سلوك الأطفال حيث تعطي غرفة الصف انطباع عن المعلم حيث انه عندما تكون غرفة الصف نظيفة ومرتبة فأنها تدعو لظهور الإحساس بأنها تقول مرحبا.

ويؤكد (Bettelheim, 1974) انه من اللطيف والجذاب في المدرسة ان يكون البناء منظما ومرتبا، وبالتالي فان ترتيب الفراغ في الغرفة الصفية يؤدي لحدوث بعض التوقعات فحقيبة الكتب يمكن وضعها في إحدى الزوايا مع وجود كراسي مريحة من المتوقع ان تعمل على راحة الطلبة، ومع الوقت يتعلم الأطفال ما هو السلوك المتوقع منهم بإجراءاته المتنوعة والمختلفة عند تخطيط موضوعات المنهاج، وان من المهم للمعلم ان يتابع ذلك من خلال الانتباه لترتيب الغرفة الصفية وكيف يستطيع تسهيل النشاطات في الصف.

ويقدم (Hewett& Taylor, 1980) مثال على ارضية الصف مصمم بشكل يناسب مهمات المنهاج حيث ان مركز الغرفة مصمم كمركز إتقان وتحتوي على مقاعد الطلبة ومحطات تعليمية وكشكين للدراسة وتعمل المهمات الدراسية في هذه المنطقة، وفي جوانب الغرفة يوجد مراكز نشاطات متنوعة تسهل تطبيق الموضوعات الدراسية، فعلى سبيل المثال، فان مركز الاتصال يقدم الألعاب والنشاطات والتي تعطي طابعا من التنافس والتشجيع للطلبة، ويقدم ركن الاستكشاف نشاطات الفن والعلوم وتوضع بجانبها مغسلة لتزويد النشاطات التي تحتاج للماء، ولجعل عملية التنظيف اسهل، ومركز الآوامر ويحتوي على طاولتين وخزانتين توضعان في زاوية الغرفة وهي مصممة لوضع الأشغال المعمولة فيها، وفي هذه الزاوية يوضع الطلبة الذين لديهم مشكلات في سلوكات التعلم الأساسية مثل عدم الانتباه وعدم الانتباه للتعلميات، وعدم إكمال الواجبات، وهنا يمكن أشغالهم في بعض المهمات مثل الألعاب والعاب تركيب الأشياء وقص الصور، كذلك مركز عمل تقرير البطاقات ويوضع في أحد جوانب الغرفة وفيه يلتقط الطلبة تعيينات العلم ويكملون العمل مقابل المكافأة ويوضع هذا الموقع بجانب الباب ليسمح للطفل بتلقي التعيينات بسرعة عندما يدخل الغرفة، وقبل ان يصبح في مواقف المشكلات الصفية، واقتراح مؤلفون آخرون بعض التخطيط لارضية صفوف الطلبة المضطربين سلوكياً وإنفعالياً.

2- التخطيط للإثارة واستئناف العمل المناسب.

يعتبر تفريد التعليم بعد مهم في منع المشكلات السلوكية، فعندما يحبط الطلبة من العمل المدرسي فانه من المرجح ان يصبح لديهم بعض المشكلات فلهذا السبب فان اكثر طرق الوقاية فاعلية هي تزويد كل طالب بعمل ممتع يمكن أن يقوم بإكماله بنجاح بسهولة.

3- اجعل غرفة الصف جاهزة للاستخدام.

يمكن للمعلمين أن يتأكدوا من جاهزية الغرفة قبل بداية كل يوم دراسي، لأن جعل الطلبة ينتظرون يخلق بعض المشكلات الصفية، فعلى سبيل المثال فان توزيع اقلام الرصاص يعمل على ملل الطلبة، وهذا يعني ان يتجولوا في الغرفة للقيام بتجهيز قلم الرصاص وتكرار مثل هذه المواقف بسبب المشكلات التي يمكن منعها لو كان هناك تخطيط افضل.

4- الحفاظ على جداول متوقعة من قبل الطلبة.

وبشكل خاص في بداية العام الدراسي فان الجداول اليومية تستطيع تخفيض الضغط النفسي للطلبة عن طريق مساعدتهم عن توقع النشاطات التالية ويوصي (Gallagher, 1979) ببعض تكتيات الجدولة اليومية والتي تساعد في تنفيذ النشاطات وهي:

أ- تزويد كل طالب بجدول يومي.

ب- أن توضع النشاطات بشكل يجعل المهمات الأقل تفضيلاً قبل المهمات الأكثر تفضيلاً.

ج- عمل الجداول بطريقة يستطيع فيها الطالب إنهاء العمل في اليوم المدرسي.

د- خطط للاستراحة في بعض الوقت.

هـ- أن يقوم الطلبة بإنجاز مهمة واحدة قبل ان ينتقلوا للمهمات الاخرى.

و- توفير بعض الوقت لتفكير.

ز- عدم إعطاء الطلبة مهمة جديدة اذا لم تكتمل المهمات السابقة في الجدول.

ح- خطط بناءا على حاجات الطلبة المتوقعة.

ط- اعمل على تأسيس توقعات ولا تقدم نشاطات غير متوقعة.

ي- أن يتضمن الجدول تغذية راجعة وعلامات تقيمية للطلبة.

ك- توفير تغذية راجعة إيجابية.

5- إعطي تعلميات واضحة ومحددة.

ويخمن (Lovitt& Smith, 1972) أساس الملاحظات التي يقوم بها المعلمين في الصف

الرابع العادي وفي صف صغير للأطفال ذوي الحاجات الخاصة حيث ان عدد التعليمات التي يقدمها المعلمين تتراوح من 260 -620 في اليوم ويوجد تجارب قليلة حول فاعلية التدريس في آدب الموضوع وفي إيصال أي نوع من التوقعات السلوكية فانه من الحاسم ان يحدد المعلم ذلك باختصار، ويستخدم مصطلحات واضحة وبدقة في التعبير عن ما يتوقعه مع تحديد الشروط لذلك.

وقام (Kounin& Gump) بدراسة أظهرت أهمية استخدام تعلميات التدريس، حيث قاموا بتطوير استراتيجية لإنهاء السلوك الخاطئ للطالب والعودة به للقيام بالنشاط بفاعلية، وتتضمن هذه الاستراتيجية أن يعرف المعلم للطالب بوضوح السلوك الخاطئ ثم يعطى الطفل المعايير المناسبة للسلوك، وهذه الاستراتيجية وجد انه من المفيد لعودة الطلاب للنشاطات بدون تخفيض الفاعلية التعليمية، وبدون تبطئ البرنامج الأكاديمي ومن جهة أخرى، فأنها تستطيع تشجيع الطلبة بعد الراحة في الاستمرار في العمل، وعندما يوضح المعلم نوع السلوك المتوقع فان الطلبة الذين يلاحظون ويصغون يستجيبون مع تزايد الشعور بالراحة لديهم وبالتالي توصف الظاهرة بأثر التموج.

وليس فقط يمكن المعلمون استخدام المصطلحات الواضحة عندما يشرحون الدرس ولكن كذلك يمكن ان يحتاجوا لنموذج محدد لإظهار ما يتوقعونه، على سبيل المثال المعلم الذي يستخدم أسلوب إدارة الضوء للحصول على انتباه الطلبة، فانه سوف يحتاج لتوضيح هذا الأسلوب وتطبيقه في إحدى الجلسات أو إظهاره مع بعض الطلبة الذين يمكن توقع سلوكهم إذا تم تشغيل الضوء.

6- تأسيس الروتين بطرق واضحة والتعرف على التوقعات الصفية وكيف يتم مقابلتها :

وهم يساعدون المعلم على تنظيم وضبط السلوك الصفي للأطفال المضطربين انفعاليا وبشكل محدد الذين لديهم ضعف في الإنتقال بين النشاطات، ويستطيع الروتين تزويدهم بالبناء المناسب للوقت وللمعلمين الذين يشعرون بالإنهاك عن طريق المناكفة حول هو الذي يجب عمله أولاً، وبالتالي فان الروتين يستطيع تجاوز هذه القضايا، ويحتاج للرروتين بشكل اكبر في أوقات الضغط النفسي، والمعلم الحكيم يقضي الوقت مع كل مجموعة جديدة والانتقال في الوقت المناسب للنشاطات البناءة وبشكل محدد يتطلب بعض الروتين والأمثلة على الوقت عندما يمكن ان نحتاج الروتين هي عندما ينتقل الأطفال من نشاط إلى آخر مثل شحذ قلم الرصاص بالمبراة حيث يحتاجون للخروج من المقعد، أو الذهاب إلى غرفة

الحمام أو الذهاب إلى شرب الماء أو طلب المساعدة من المعلم أو البحث عن مقعد لمجموعة القراءة أو وضع الملابس خارج الغرفة، وللتميز بعناية بين القواعد والروتين فان الروتين هو عبارة عن طرق أو عادات اجتماعية في غرفة الصف، اما القواعد فهي قريبة من القوانين الجيدة ويقومون بتطبيقها في كل وقت وإذا تم انتهاك تلك القواعد نتيجة لنتائج بعض السلوكات السلبية، فان المعلم يستطيع تهدئة أو السماح للنشاطات بالاستمرار بدون حدوث فوضى.

7- وضع القواعد لكل طالب وتعزيزه بشكل مناسب.

القواعد مثل القوانين الجيدة حيث يقوم المعلمين بتطبيقها لجميع الطلبة في جميع الأوقات وهم يستطيعون ان يجعلوها تنسجم مع التعزيز.

وبشكل واضح فان القواعد العادلة تنسجم مع التعزيز، ويمكن تفسير الاستجابات لعدد منهم واذا كان من الممكن، ابراز القواعد بشكل واضح في مكان مناسب في الغرفة الصفية، بحيث يستطيع الطلبة رؤية جميع القواعد، ويستطيعوا ان يكتبوا بطريقة إيجابية، وإذا كانت القواعد اكثر وضوحا وتوضح ما لا يجوز عمله فأنها تكون ملائمة، وأخيراً تتأثر فاعلية القواعد بنتائج التغذية الراجعة حيث أن القواعد وحدها لا تنتج التأثير على السلوك الصفي بشكل خاص، وبالتالي فان تطوير القواعد ينسجم مع التعزيز.

8- تطبيع المشكلات المناسبة.

الأساليب المعروضة سابقا لا تتضمن البناء والتنظيم الصفي لذلك فان المشكلات لا تحدث بدايتها ولكن يمكن إزالتها واستبعاد مواقف المشكلات الكامنة واقترح كل من (Redl& Wineman) الأساليب التالية لصقل السلوك الصفي:

1- التجاهل المخطط له، وهذا الأسلوب مفيد عندما يتعرف المعلم على المشكلات الناجمة عن الطفل وتحديد شدتها وهو مناسب أيضاً للتعامل مع الخطيرة الكامنة او السلوك للأطفال الذين لديهم ضعف في ضبط الذات.

2- إشارات التدخل، يقوم المعلم بإصدار الإشارات للأطفال بواسطة هز أصبعه، ويستخدم هذا الاسلوب للأطفال الذين لا يفكرون في سلوكهم والإشارات يمكن ان تكون مفيدة بجعلهم يفكرون قبل أن يتصرفون.

3- الاقتراب من الضبط والوقوف بجانب الطفل والإشارة على المكان المحدد في الكتاب ووضع اليد على كتف الطفل وجميع الوسائل التي تذكر الطفل بالعناية.

4- تضمين الاهتمام بالعلاقات وأشغال الطفل في المناقشة حول موضوع مهم يساعده على تفريغ طاقته بشكل مستمر.

5- إظهار العاطفة خصوصا مع الاطفال الأصغر والأكثر اضطرابا انفعاليا حيث يحتاجون باستمرار لعناية المعلم عن طريق الانتباه المستمر حيث يستطيع المعلم أن يجعل الطفل اكثر قدرة على ضبط ذاته.

6- إزالة التوتر من خلال استخدام المرح، ومهارة المزاح والمرح تستطيع أن تساعد في تحويل المشكلات والسماح للطفل بمواجهة التوتر.

7- منع المساعدة، أي عدم التزويد السريع بالمساعدة، يستطيع مساعدة الطلبة على معالجة الإحباط الناتج عن المهمة على سبيل المثال عندما يرى أن الطفل لديه قدرة قليلة على تحمل الإحباط وبالتالي تحدث لديه مشكلة فان قرار المعلم مساعدة الطفل اكثر مجازفة من فقدان الضبط.

8- تفسير التدخل، يستطيع المعلم مساعدة الطفل على فهم معنى المواقف التي هناك خطأ في تفسيرها ويستطيع التكلم مع الطفل حول كيفية سلوك المعلم نحو السلوك الذي يقوم به الطفل.

9- إعادة التجميع، جعل التغيرات في المزاج في المجموعة تعمل على تخفيف الاحتكاك بين أعضائها.

10- إعادة البناء، مع الوقت يستطيع المعلم أن يختار الانغماس في النشاط لا يوجد أسلوب حول كيفية استئناف التفكير عندما لا يكون هناك استقبال جيد من المجموعة.

11- المناشدة المباشرة، أحياناً يمكن القيام بالمناشدة الصادقة مثل القول (مرحبا أنا حقا متعب وأرجوك أن تتعاون) حيث أن هذا الأسلوب فعال بشكل محدد عندما يكون الأطفال اكبر سنا.

12- تحديد الفراغ والأدوات، عندما يدرك المعلم ان شيء ما ذو قيمة للأطفال فإن من الأفضل أن يحدده بشكل يجعل الأطفال يستمرون في الموقف الذي يعتقد المعلم فيه بأن الأطفال لا يستطيعون التمكن منه.

13- الوثبة المطهرة، إذا وصل الطفل لتحديد أين تكون أساليب التدخل اقل فائدة، ببساطة ينتقل من المجموعة لبضع دقائق وهذا يمكن أن يساعده على الضبط. وإذا سيطر الطفل على نفسه فإن الوعي بالذات يصبح واقعيا وبالتالي يستطيع الطفل الانتقال من الصف الذي يشعر فيه بانه يفقد السيطرة على ضبط الذات فيه (Wallace & Kauffman, 1986).

تعزيز التوقعات السلوكية

تعتبر البيئة الداعمة والمبنية بشكل مناسب أول خطوة لجعل نظام إدارة السلوك فعالا على الرغم من ان أساليب الوقاية مهمة جدا إلا أنها تكون غير مفيدة بدون نظام الدعم. كذلك فإن الأساليب الفعالة لتعزيز التوقعات يجب أن توجد للتعامل مع السلوك بشكل ذي معنى ويمكن تصنيف أساليب التعزيز بطريقتين:

أ-المكافأة والعقاب.

ب- المعالجة اللفظية.

وبشكل واضح فإن هذين المدخلين يتكرران ولكن أهدافهما مختلفة، وعندما يختار المعلم ان يعطى مكافأة محددة أو عقاب، فإنه يحدث الضبط وعندما يكون الضبط موضوعيا فإن المعلم يريد السلوك ان يتوقف والاستجابة السريعة الموهوبة لأنها تعتبر نتيجة لأسلوب فعال للحصول على النتائج المرغوبة، والتأكيد على التعميم من الأشياء المهمة جدا ولكن في اللحظة التي يصبح فيها المعلم اكثر اهتماما بالنتائج.

إذا تم استخدام أسلوب المعالجة اللفظية فإن المعلم بشكل عام يقوم بموضوع جديد، ويقوم بأجراء جديد حيث يريد المعلم مساعدة الطفل على عكس سلوكهم والتذكير في السلوكات البديلة المختلفة وان يتعلموا اكثر عن أنفسهم حيث ان التفكير في تغيير السلوك بالتأكيد يكون مرغوباً، ويعتبر كلا المدخلين فعالين ويستطيع المعام الواحد استخدامها في نفس الصف.

أنظمة المكافأة والعقاب:

إذا قرر المعلم استخدام نظام المكافأة والعقاب فإن الإرشادات التالية يمكن أن تكون في رأسه:

1- كن إيجابياً وبناءاً، ويوجد العديد من الطرق التي يستطيع فيها المعلم التركيز على تكييف التعليم وعلى السلوك المناسب اكثر من الاعتماد على العقاب، تعليم الأطفال طرق بديلة في التعامل مع السلوك اللا تكيفي وتزويدهم بنماذج لعب الأدوار وحيث أن نمذجة السلوك مرغوبة وتعطي تدريس مباشر لجميع طرق مساعدة الطلبة لتعلم السلوكات الأكثر مناسبة وهذا لا يعني التلميح بعدم استخدام العقاب.

2-اعتبر الحرص للرسائل التي تصل عن طريق النتائج. في دراسة (Hewett, 1978) حول

العمل مع الأطفال الجانحين والمحرومين والذين يأخذون بعيدا وبشكل غير متوقع ومناسب للتوقعات ولكن يتزايد عدد النقاط الضرورية لكسب المكافأة، ومن الأمثلة الأخرى على أهمية الرسائل التي وجدت في تطبيق العقاب العكسي، عندما يكون بعض الصعوبات في المدرسة فإنه ينتقل من تلك المدرسة ويعمل على العودة إليها بعد فترة.

3- استخدام النتائج المتنوعة، أي مكافأة أو أي عقاب يمكن أن تفقد فعاليتها إذا تم المبالغة في استخدامها وان من السهل جداً على المعلم أن يزيد بالتدريج استخدام النتائج المحددة على زيادة السلوك الايجابي، ونتائج التعزيز ليست للطفل فقط ولكن للمعلم أيضاً، حيث أن إجراء التعزيز المحدد ينتج أثر مرغوب ومن المرجح أن يقوم المعلم بمحاولة تكراره مرة أخرى ولكن هذه العملية مع الوقت من الممكن أن تفقد فعاليتها.

4 - يمكن للمعلم أن يفهم بوضوح الأسلوب المختار وان يكون مرتاح معه، والمعلم الذي يعتقد بأن إعطاء المكافآت هو شكل من أشكال الرشوة ولا يشعر بارتياح مع هذا الأسلوب، وبالتالي لا يستطيع استخدامه وبطريقة مماثلة المعلمون الذين يعتقدون بأن العزل ليس مناسباً لا يستخدمونه، والمعلمين الذين يشعرون بالخوف من بعض السلوكات العدوانية لا يمكن استخدام أسلوب المكافأة معها.

5 - العقاب يمكن أن يكون ملائماً للجريمة والمكافأة تكون ملائمة للإنجاز، إذا استخدم أسلوب الضبط فإنه يكون قاسي جداً وغير عادل لأن الطفل سوف يصبح أكثر غضباً وتمرداً وسوف يعمل بقسوة على الحصول على الضبط، وإذا استخدم المكافأة للإنجاز فإن الطالب سوف يصبح يمكن للطفل أن يصبح اكثر ارتيابا من المعلم لذلك فعندما تكون النتيجة غير فعالة تكون خطورتها كبيرة، ومن المرجح أن يكون غير مقبول وفي الحقيقة يوجد عدد من الدراسات التي تؤكد أن المعلم يستنكر الاستجابات غير الواقعية وتتزايد السلوكات غير المناسبة في صفه.

6 - وجود الارادة لتقديم الحلول الوسطية والاعتراف بالخطأ، والعمل بشكل ناضج ومقبول لتقديم الحلول يمكن أن يكون ردة فعل حكيمة، لأن الصدق والعدالة تبقى طويلاً بين جميع الأطفال، وإذا رأى المعلم أن جزءاً من مشكلة الطالب مقنعة فعلية أن يعتذر ويقدم الحلول الوسطية والتي تستطيع أن تكون أكثر فعالية في تقديم بيئة متعاونة آمنة.

7 - اعتبر نتائج المجموعة والنتائج الفردية عند التخطيط للبرنامج، أثر المجموعة على الفرد قد لا يتم تقييمه لذلك بعض الأطفال يبدون أكثر استجابة للتغذية الراجعة

لزملائهم أكثر من التغذية الراجعة من المعلم والمجموعات الطارئة أو تركيب مجموعة يمكن أن يحدد على الاقل قوة الجانب الفردي، واستخدم عدد من الباحثين الرفاق في برامج تغيير السلوك على سبيل المثال (Solomon & Wahler, 1973) تدريب الطالب على توزيع الوقت وأشار (Patterson, 1965) الى أن اكتساب الطالب للمكافآت يعتبر جيداً لزيادة إنجازهم وتحصيلهم بشكل مناسب ويقترح مجموعة من الباحثين تقديم كلا المذنب والمعزز في العزل عندما يقوم الرفاق بتعزيز السلوك غير المرغوب فيه.

8 - التخطيط للنمو والتطور في بداية كل سنة يجب على المعلم ان يعتمد على المكافآت المادية والتعامل البناء للحصول على السلوك المرغوب فيه على أية حال، إذا تعلم الطفل ما الذي يتوقع منه يصبح أكثر شعوراً في الأمن في الصف، ويطور علاقات إيجابية مع المعلم أحياناً نحتاج للمديح الاجتماعي الذي يمكن أن يكون فعالاً، كذلك مع الوقت لا يستطيع الطفل التعلم ملاحظة سلوكه الخاص ويسلك بشكل أكبر في ضبط الذات وعندما يقوم النظام المخطط له في تعزيز التوقعات فيمكن للمعلم توقع سلوك ضبط الذات وتوجيه الذات من قبل الطالب يمكن أن يتحول من تقديم التعزيز بمساعدة الأطفال إلى ضبط أنفسهم.

9 - المعلم والطالب يمكن أن يقوموا في تقييم انفسهم والبرنامج بشكل متواصل، ويحتاج الطلبة لتعلم الملاحظة الذاتية لسلوكهم، حيث أن مراجعة السلوكات اليومية للطالب تعمل على تحديد النقاط التي يحصل فيها الطفل على تعزيز السلوكات المتوقعة وهذا يساعد الاطفال على تحديد أهداف لأنفسهم، وبطريقة مماثلة فإن المعلمين يلاحظون خططهم في إدارة السلوك بعناية وبالتالي يستطيعون تحديد ما كان التدخل يسبب بعض الفروق أو إذا ما كان الأطفال جاهزين لإحداث التعديلات المناسبة في البرنامج، وبدون الملاحظة الذاتية حتى ان افضل الخطط في إدارة السلوك تصبح غير مناسبة، لأن إدارة السلوك عملية غير ثابتة.

والمعلم بعد ذلك يحتاج إلى الحصول على نتائج المكافأة والعقاب والتي يمكن أن تكون عادلة.

وفاعلية النتائج سوف تتنوع بإجراءات المختلفة مع المعلمين المختلفين والأطفال المختلفين وبالتالي يجب على المعلمين أسلوبهم الخاص بالاعتماد على حاجاتهم (Kna-block, 1983).

متصل المكافاءات :

يصف (Stephens, 1977) ما يسميه قائمة التعزيزات حيث تتراوح القائمة من المعززات المادية الملموسة الى المكافآت التي تحدث بشكل طبيعي والمكافآت الجوهرية وترتبط هذه الفئات في إعاقة التدريس في الصف ويوصي (Stephens, 1977) المعلمين باستخدام الفئة العالية المرتبطة بالمكافآت عندما يكون من الممكن التقدم من المكافآت التي يحتاجها الطالب الى المكافآت الملموسة مما يعمل على زيادة دافعية وزيادة احتمال إنجاز السلوك، والشكل التالي يوضح المقصود :

العالي

المديح الاجتماعي

الامتيازات الخاصة

مراكز الاهتمام

العمل على اللوح

النشاطات المنزلية والمدرسية

الرموز

الموضوعات

المنخفض

تتدرج الفئات لقائمة التعزيز في المستوى المنخفض مثل الموضوعات حيث يعطى الأطفال موضوعات مادية تعتمد على السلوك المرغوب، والذي يمكن أو لا يمكن تحديده بعقود طارئة وفي العقود الطارئة يوافق المعلم على تحديد النتائج التي سوف تكون مقبولة، ومن الأمثلة على الموضوعات التي يمكن أن تكون مكافآت الفول السوداني، وهذا المستوى ضروري فقط مع الاطفال الصغار أو الذين لديهم إعاقة انفعالية شديدة.

وفي المستوى الثاني فإن الرموز تعطى عندما يظهر الطالب السلوك المرغوب فيه حيث ترى الرموز كخطوة لتقديم الطالب، لأنه يتعرفون على الانجاز بشكل مؤقت، وبالنسبة لهم انفسهم فإنهم لا يكافئون العقود الطارئة واستخدام الرموز يعتبر شائعاً في مثل هذه الحالات وفي مستوى النشاطات المدرسية والمنزلية في الترتيب فإن هذه الانشطة يمكن استخدامها من خلال العقود الطارئة وقد تكون مناسبة باستخدام مؤتمر الحالة بوجود والدي الطفل وخلال المؤتمر يمكن مناقشة الخطة والنتائج المتوقعة للسلوك، وبالتالي

يستطيع أن يكون النظام فعالا لتحصيل الطفل لسلوكات ومهارات جديدة ويساعد والدي الطفل باستخدام أساليب بناءة بشكل أكبر للتفاعل مع قضايا أطفالهم المرتبطة في المدرسة على أية حال إذا فهم الوالدين بعقلانية استخدام هذا الاسلوب فهذا قد يؤدي إلى نتائج طيبة ولكن في بعض منازل الأطفال المضطربين انفعالياً قد ينفجر الموقف لان الوالدين لا يفهمون الموقف بعقلانية وبالتالي فإن التدخل يكون غير مناسب لأن الوالدين مقتنعين بأن أسلوبهم أفضل، أما بالنسبة للبديل الرابع في قائمة تعزيز (Stephens, 1977) فإنه يوظف العديد من الغرف الصفية أهمية هذا التطبيق هو استخدامه بشكل منتظم ومستمر ويتضمن العمل على اللوح استخدام الأعمال الصفية كمكافآت ويمكن إدارة ذلك من خلال التعزيز المباشر أو العقود الطارئة. ويقترح (Stephens, 1977) أن المعلم يستطيع تصميم الكثير من الأعمال بشكل أكبر من الطلبة وبالتالي يستطيع الطالب اختيار إحداها وفيما يلي بعض أنواع الأعمال التي يجب أن يتضمنها الأعمال على اللوح :

تخزين المواد السمعية والبصرية	تدبيس الأوراق
بداية انطلاق المشروع	تشغيل المهمات
بداية انطلاق الكشف	الإجابة على التلفونات
إغلاق الظلال	Patrolling Crosswalks
تشغيل الأضواء	تحديد الخطوط
العناية بالحيوانات الأليفة والنباتات	جمع المواد
ديكور الغرفة	مسح اللوح

الاهتمام بالمراكز حيث يمكن للأطفال يستكشفوا أو يواصلوا فضولهم خلال الوقت فإن نشاطات الأطفال يمكن إدارتها من خلال التعاقدات السلوكية وفوائد هذه الفئة :

1 - أنها تساعد على زيادة تنظيم المعلم والغرفة الصفية.

2 - تزوّد الطلبة بإختيارات متنوعة للنشاطات.

3 - تزود الطلبة ببناء مجزىء للعمل.

4 - تزود الطلبة في فرص التعلم واللعب معاً.

أما بالنسبة للمهمات المرغوبة للأطفال يمكن أن تنجز بسهولة، لأن ادارتها من خلال التعزيز المباشر أو العقود الطارئة، ومن أنواع النشاطات المقترحة لهذه الفئة ما يلي :

لطفل واحد	لمجموعة أطفال
اختيار المقعد	حضور حفلة
الوقت الحر	القيام باللعب
قيادة المناقشة	مشاهدة فلم
زيارة المدير	القيام بجولة في الحقل

وفي الفئة العليا في قائمة التعزيز فإن المديح الاجتماعي يتضمن بعض التعليقات المكتوبة وعلامات التقييم وأشكال أخرى من التعرف مثل الموافقة على الألفاظ الاجتماعية ويمكن تحديد المديح الاجتماعي بشكل مباشر من خلال كتابته ويضمٌن (Stephens, 1977) في فئة المديح الاجتماعي بعض الأمور مثل تناول الطعام الوقوف بجانب بعضهم البعض، لمسهم ومصافحتهم، والتعبير الجسمي الإيجابي مثل الابتسام، المرح التصفيق، الإشارة بعلامة النصر، ثم الكلام وتقديم التغذية الراجعة.

وعندما يستخدم المعلمون قائمة تعزيز (Stephens, 1977) مع الأطفال المضطربين انفعاليا فإنهم يجدوا أنه من الضروري ان يبدءوا باستخدام التعزيز الرمزي والموضوعات، ومع الوقت يمكن أن يستبلوها بالأعمال على اللوح أو بمراكز العمل أو المديح الاجتماعي أو بالمعززات التي تحدث بشكل طبيعي.

متصل العقاب :

مع الأطفال الذين لديهم اضطراب شديد في السلوك فإن المكافاءات لوحدها يمكن أن تكون غير فعالة وبالتالي فإن المعلم يحتاج لتحديد بعض المنفرات التي يمكن من المناسب استخدامها، وينظم (Forness, 1978) بعض المنفرات والتي تنتقل من المنفرات الخارجية والشديدة إلى المنفرات البسيطة والداخلية وفي كل فئة يوجد مستويات من استجابات من العقاب، ويوصي (Forness, 1978) بأن المنفرات المنخفضة يمكن أن تعرض باستخدام وسائل المساعدة التي يمكن تطويرها للطفل هو كذلك يؤكد على أهمية العلاقة مع الطفل، وملاحظة ضرورة أن يطور المعلم علاقة طيبة مع الأطفال، ويمكن للمعلم أن يحتاج فقط لاستخدام منفرات أكثر اعتدالاً والشكل التالي يوضح كيفية تطوير برنامج لاستخدام إجراءات التنفير.

خذلان الذات ـــ التغذية الراجعة السلبية ـــ التجاهل ـــ التوبيخ ـــ العزل ـــ الاختلاء

تطوير الخطوط العريضة Developmental out line of Aversive

وفقاً لـ (Forness) فالاقصاء يتضمن وضع الأطفال في الغرفة بإختيارهم، وتتضمن أشكال ومستويات الاقصاء سؤال الطالب فيما إذا كان يحتاج إلى أن يذهب الى غرفة الدراسة (الخدمات الاقل من الإقصاء)، وسؤاله إذا كان بحاجة للذهاب إلى غرفة الهدوء (Quietroom) (غرفة الاقصاء)، والطلب منه الذهاب إلى غرفة الهدوء واجباره على ذلك، وتتضمن المستويات الاضافية من الاقصاء نقل الطفل من غرفة الصف إلى غرفة الحرس، أو مكتب الرئيس، من ثم طرده كلياً من المدرسة (الشكل الأكثر شدة للاقصاء).

ويتضمن تسلسل الاقصاء نقل الطفل من النشاط الحالي غير المهم ووضعه في العزل، أو إبعاد كرسي الطفل عن المجموعة، ووضعه في منطقة أخرى من الغرفة (باستخدام أو بدون استخدام التقييد الجسدي من المعلم أو المساعد)، وجلوس الطفل في القاعة، أو جلوس الطفل على مقعده دون مواد، إقصائه عن النشاط (يستطيع الأطفال أن يراقبوا ولكن لا يستطيعوا المشاركه)، واقصائه عن الجوائز.

ويُعرف التأنيب بأنه التذكير للتوقف عن سوء التكيف والبدء بالسلوك المناسب، ويقترح (Forness) أن التأنيب أكثر فاعلية عندما يكون من شخص يرغب الطفل في إرضائه وكذلك عند استخدامه مبكراً في سلسلة اضطراب السلوك، ويجب أن تتذكر أن تكرار التأنيب غير فاعل.

ووجد (O'Leary, Kauffman, Kass, Dkabman, 1970) أن أكثر تأنيبات المعلم استخداماً هي التي بصوت مرتفع، والتي يجب أن تُسمع من قبل الاطفال الآخرين في الصف، كما وجدوا أن استخدام المعلم للتأنيب على شكل أسئلة تؤدي إلى انخفاض السلوك المزعج من معظم الطلبة، وقدم (O'Leary) وزملائه نموذجاً للتأنيب الهادىء، والذي يُؤدي إلى تأثيرات ايجابية بينما التأنيب ذا الصوت العالي يجعل الأطفال منزعجين، ولاحظ المؤلف أن التأنيب الهادىء يُؤدي إلى الانتباه والاهتمام وهذه التقنية أكثر ايجابية من المناداة بصوت مرتفع على شخص مشغول بشيء آخر.

وتتكون مجموعة التجاهل من كل من :

(1) التجاهل السلبي .

(2) التجاهل النشط.

وفي التجاهل النشط يحول المعلم وجهته عن الطفل المزعج، بينما في السلبي لا يعرف

المعلم أية معلومات عن السلوك المشكل وهم بذلك لا يلاحظون ولا يفعلون أي شيء وربما يعيدون المعلومات فقط.

وهذه التقنية تشبه التجاهل المنظم (Plannedignoring) التي اقترحها Redl حيث أنها مناسبة للاستخدام مع الاطفال المضطربين في السلوك عندما يخطئوا في الواجبات، فبدلاً من أن يستجيب لتذمر الطلاب مثل لا استطيع أن أعمل ذلك. فيمثّل المعلمون عدم سماع الطالب بذلك لا يعملوا شيء أو يعيدوا تعليمات العمل، ويجب أن يكون المعلم حذر عند استخدام هذه التقنية فإذا ازداد ظهور السلوك غير المناسب يجب على المعلم أن يستخدم عقاب أكثر شدة وبسرعة.

ويرى (Forness, 1970) أن التغذية الراجعة السلبية والرفض الذاتي Self-disappointment يعكس عملية نضوج الدافعية ويعكس مستوى من الواقعية، وعلى الرغم من أن كلا المستويات يعتمد على التغذية الراجعة الخارجية إلا أنه من الضروري التفاعل بين الطفل وبين إحساسه الداخلي بإنجازه.

استخدام الاقصاء والعزل Using Seclusion and Time-Out

على الرغم من استخدام سلوك الاقصاء والعزل من قبل المعلمين بشكل كبير، إلا أن استخدام ذلك بشكل غير ملائم يمكن أن يؤدي إلى إساءة للطفل بشكل كبير، لذلك فهو مثار جدل كبير، ووضع (Gast & Nelson, 1971) ارشادات لاستخدامه وتوظيفه بشكل فاعل في الصف العادي، فيجب أن تتوفر في الغرفة الصفية المراد إستخدام أسلوب العزل أو الإقصاء فيها الخصائص التالية :

(1) حجم على الأقل (6 x 6) قدم.

(2) اضاءة مناسبة (ويفضل أن تكون مفاتيح الاضاءة خارج الغرفة الصفية)

(3) تهوية مناسبة.

(4) أن تكون خالية من المواد والأشياء الثابتة التي يمكن أن يؤذي بها الطفل نفسه.

(5) التزود بالوسائل التي يمكن من خلالها أن يراقب الطلبة الراشدون - بصرياً وسمعياً - سلوك الطالب.

(6) أن لا تكون مغلقة - فيجب استخدام سقاطة الباب (Latch) عند الضرورة فقط وتحت مراقبة حذرة.

ويجب في بعض الحالات ترتيب الغرفة الصفية من مواد خاصة لمواجهة الحرائق وذلك كنظام آمان، ومن الضروري الاحتفاظ بالسجلات عند استخدام الاقصاء ووفقاً لِـ (Gasl & Nelson, 1977) يجب أن تتضمن المعلومات ما يلي :

(1) اسم الطفل.

(2) نتائج الاقصاء (السلوك، النشاط، الطلبة الآخرين المشاركين ... الخ).

(3) عدد أيام الاقصاء.

(4) عدد الأيام التي تم فيها اعفاء الاقصاء.

(5) شكل الاقصاء (المشاهدات Seclusion Time-out, exciusion Time-out, Contin-gent, Observation).

(6) سلوك الطالب في الاقصاء.

وتختلف تكتيكات الاقصاء والعزل بالاعتماد على الموقف والقوانين المحلية وعلى النظريات التي يتبناها الشخص وتتشابه لمعظم السياسات، ويقدم (Gost & Nelsson) ارشادات نموذجية :

1 - تجنب التوضيحات اللفظية المطولة حول أسباب الإقصاء، ويجب أن توضّح النتائج السلوكية قبل برنامج الاقصاء، وإذا احتاج الطفل للكلام يجب أن يكون مُختصر من المعلم وللاشارة مثال "ديفيد إذهب إلى الاقصاء لأنك اخذت لعبة Jam".

2 - حدد السلوكات قبل عملية الاقصاء، وهي في الغالب نادرة الحدوث، ولا تسبب فوضى بشكل حاد.

3 - للتوسع بغرض الضبط الذاتي يجب اعطاء الطالب الفرصة ليقوم بالإقصاء بنفسه بعد سماعه لتعليمات المعلم، وإذا لم يستجب الطالب بعد (10 - 5) ثواني يقوم المعلم بإيصاله إلى مكان الاقصاء باستخدام التوجيه الجسدي، وفي السلوك الشديد مثل (الركل أو الصراخ) فيجب أن يُرافق الطفل إلى الاقصاء، ويجب أن لا يحاول المعلم أخذ الطفل إلى الإقصاء إذا شك بعدم استطاعته عمل ذلك لوحده خصوصاً إذا لم تتوفر المساعدة الفورية، ويتوجب على المعلم الاعتماد على بدائل أخرى مثل إعادة تقييم معززات الطفل في الصف، الأخذ بالحسبان تقييم الأدوات والظروف.

ومن البدائل الأخرى التي تعتمد على التعزيز جعل الاطفال الآخرين يُهملون السلوك الفوضوي :

4 - يجب اختصار فترة الاقصاء ويقترح (Cast & Nelson) أن فترة من (5-1) دقائق أكثر فاعلية بينما إطالتها لمدة تتجاوز (15) دقيقة غير مناسبة لتحقيق الهدف.

5 - يمكن أن يؤدي تقليل مدة الاقصاء إلي مُصادفة سلوك الطالب، فعلى سبيل المثال يحتاج الاطفال في الاقصاء أن يسلكوا بشكل مناسب لمدة دقيقة على الأقل قبل إنهاء الاقصاء، لذلك يجب أن يُراقب المعلمون الطلبة بذكاء، لأن استمراره لفترة طويلة يُؤدي إلى الغضب وظهور الفوضى لأكثر من مرة، وهذه الدقيقة تقيد المراقبين كأدوات مفيدة في مراقبة الاقصاء، ويبدأ المعلم بالتوقيت عند جلوس الطفل على المقعد وينتهي الاقصاء عند قرع الساعة.

ومن المهم في نهاية هذا الجزء من الاقصاء أن تؤكد على فاعليته عندما يكون داخل الصف وليس خارجه، والصف المعزز لا يؤدي إلى تقليل في الابداع أو تقلب في النشاطات المعرفية، ويتطلب ذلك أن يشعر الطلبة بالأمان والاهتمام والنجاح وحتى يتم ذلك يجب أن يفهم المعلمون كل طفل في الغرفة الصفية.

العمليات اللفظية Verbal Processing

واحدة من أهم التكنيكات التي يستخدمها المعلم للتفاعل مع سلوك الطلبة هي النقاشات والعمليات اللفظية، فيمكن أن يناقش المعلم مع الطلبة أسباب تأخرهم وعدم إنهاء الواجبات البيتية أو السرحان الدائم إلا أنه لا يمكن إلا انجاز القليل إذا لم تؤدي هذه المناقشة إلى تطور مهارة تامة، ويمكن أن تظهر العملية اللفظية في البداية على الأقل كتكتيك سهل ومباشر، ويعتبر ذلك ليس سهلاً حيث أن النقاش المستمر لمشكلات الطفل يتطلب من المعلم إتقان مهارات اساسية ومعارف في العملية اللفظية، إضافة إلى فهم واضح لمشكلات الطفل، ولا تحدث العملية اللفظية الفاعلة مُصادفة لذلك فهناك العديد من الأساليب المقترحة لمساعدة المعلم على التعامل مع المشكلات السلوكية.

مواجهة مجال الحياة Life Space interviewing (LST)

قدم "Frits" هذا المصطلحخ في علم 1959 لوصف الواقع - التكيف (reality- oriented) المقابلة (here-and-now interview) لوصف تصرف المعلمين داخل الصف واقترح هدفين عريضين للتصرف في LST وهما :

(1) الإستثمار العيادي لأحداث الحياة Clinical exploitation of life.

(2) المساعدة الاولية الانفعالية Emotional First Aid

ويعني الاستثمار العيادي : استخدام الاحداث الروتينية الجديدة والآنية كمواد لمساعدة الطالب لزيادة الاستبصار في مشكلاتهم.

ولتعلم طرق جديدة لمقاومتها، فعلى سبيل المثال : إستغلال احداث الحياة المتضمنة التعامل مع تشويه خبرة الاطفال في المواقف الاجتماعية لمساعدتهم أن يكونوا خيرين من اتجاهاتهم نحو سوء التكيف وتعليمهم مهارات جديدة لحل المشكلات أو المساعدات الانفعالية، وبذلك تعني توظيف الأنا (alter Ego) أو تزويد الطفل بالتوجيهات التي يحتاجها، والتحكم والتنظيم ومثال على ذلك: إعطاء الدعم العاطفي للأطفال الذين يشعرون بتوتر شديد أو المحبطين من الازعاج اليومي.

ولاحظ (Magistris & Tmber, 1980) العديد من الاختلافات ما بين LST ومناقشات الصف التقليدية ففي العديد من المناقشات الصفية يُنتقد سلوك الأطفال فوراً ويُعطي انتباه قليل لفهم إدراك الاطفال الاحداث الخاصة، بينما في LST تُدار المناقشات في الجلسات الخاصة والتي تتضمن شخص واحد على عكس المناقشات الصفية التي تحدث أمام طلاب الصف، ويحاول المعلمون في LST مساعدة الطالب على فهم كيفية تأثير المجموعة ببعضها، وهو نادر الحدوث في المناقشات الصفية بينما ينهي المعلم المناقشات الصفية، ويُعاقب الطفل على السلوك غير الملائم بينما يتحمل الطفل المسؤولية في LST أو يساعد ليجد البدائل.

ومنذ أن قدم (Redl) هذا المفهوم توسعت أهداف LST وتشمل الآن ترتيبات واسعة للتدخلات اللفظية التي تساعد في التعامل مع السلوك أو المساهمة في فهم الأطفال أنفسهم وسلوكاتهم.

واقترح (Redl, 1959) **أن يأخذ المعلم بالاعتبار العوامل التالية لزيادة فاعلية LST (مواجهة مجال الحياة) :**

1 - هل هذا الوقت فعال؟ فالبدء بالنقاش قبل 5 دقائق من مجموع الباص هو تأكيد بأن النقاش سيمر بسرعة وربما يكون أقل انتاجية.

2 - هل التكييف العقلي للطفل سليم؟ فيجب أن يكون الطفل مُستعد نفسياً للنقاش، الوقت ليس مناسب عندما يكون الطفل في اضطراب حاد.

3 - هل التكيف العقلي للمعلم سليم؟ فالوقت غير مناسب لـ LST عندما يكون المعلم ينفجر غضباً من هيجان الطفل، فعندئذ يمكن أن تتداخل المشاعر.

4 - هل الجلسة مناسبة؟ فيمكن أن تؤثر قضايا التهوية وتتدخل بالمقابلة وعلاقة المعلم - للطالب.

5 - هل هذه القضية ترتبط بشكل تشابكي مع القضايا الاخرى التي تؤثر على الطفل، فالدفع بالطفل لجميع مشاكله في وقت واحد سيقلبها رأساً على عقب ولن يستطيع أن ينجز أياً منها، فعلى الرغم من أن المشكلات قد تظهر بوقت واحد إلا أنه اعتبار تسلسلها ضروري.

6 - هل هناك استعداد نفسي لدى الطفل لفهم أحد القضايا؟ فالتركيز على القضايا التي يشترك الطفل في الرغبة من التخلص منها أفضل من التي يصرف النظر عنها مثل المُناقشة، ويجب أن تكون هذه المشكلة داخله في الشعور "Close to Consciousness".

ويُعتبر أساس هذه القضية أن الأفراد يفهمون ويتذكروا إختيارياً لذلك يجب أن تبرز القضايا عندما يكون الاطفال مستعدين للفهم.

واقترح (Morse, 1980) (7) خطوات للمتابعة وذلك في إطار الجهود لتزويد المعلمين بارشادات لكيفية التعامل مع LST (مواجهة مجال الحياة) وتشبه هذه الخطوات تلك التي تم اقتراحها للارشادات في المقابلات العيادية، والاختلاف الرئيسي بينهم هو كيفية التعامل مع الواقع، ففي كلا الطريقتين يتم التركيز على الاحداث الصفية للمقارنة مع المشكلات الشخصية العامة .

وهذه الخطوات السبع هي :

1 - يجب أن يبدأ المعلم عن طريق الاستنتاج كيفية ادراك الطفل للأحداث المتضمنة في LST.

2 - يجب أن يعرف المُعلِّم فيما إذا كان الطفل ينظر إلى الاحداث كأحداث مُنعزلة، تلك الحالة تستدعي الاهتمام بشكل كبير، وفي حالة كون المعلم ينظر إليها أنها قضية مركزية بينما لا ينظر لها الطفل كذلك فيجب أن يبدأ المعلم بالتركيز على الاحداث الواقعية الاخرى الشبيهة والتي يعتبرها الطفل مهمة.

3 - وبعد معرفة كيفية ادراك الطفل للحدث يقوم المعلم بتوضيح ماذا يحدث حقيقة، وذلك في وضع غير تقييمي أو عند إعادة بناء الحدث يجب معرفة المشاعر المرافقة والدواقع.

4 - ومن خلال LST خصوصاً إذا كان يتم هناك تمرينات للاحداث عند الطفل فإن المعلم يكافح في إيصال مشاعر القبول للطفل "ويحاول المعلم ايصال الحقائق للطفل دون الدفاع وذلك افضل من الهجوم المعاكس للدفاع".

5 - وكطريقة لمساعدة الطفل أن يتعلم افضل الطرق للتعامل مع المواقف المتشابهة، يجب أن تكتشف : التسلسلات المنطقية للسلوك في ضوء طرق غير عقلانية (non judge-mental) وغير عقابية.

6 - الفترة التي ينظر فيها المعلم إلى مصادر الدافعية التي تغير في الطفل، ويجب أن يكون سؤال المعلم "ماذا استطيع أن أفعل لمساعدة الطفل أن يتغير"؟

7 - بعد أن يتم اختيار تغير الدافعية، ويمكن أن يتضمن ذلك المقابلة ففي حالة عدم وصول الطفل إلى إعادة حل فيمكن للمعلم أن يوضح الحدود الواقعية بعيادته وبطرق غير متزمتة، وإذا كانت الخطة يمكن أن تتجدد لإعادة حل المشكلة أو الوقاية من المشكلات المتشابهة في المستقبل تؤخذ الخطوات عن طريق الارشادات، وذلك قبل الموافقة على الخطة ويشعر المعلم حيئذ بإقتناع أن الخطة سوف تنجح كمعرفي (LST) لا يقوم المعلم بالضغط على الموقف، بينما إذا كان صحيحاً سيتعامل أخيراً بالنجاح، وذلك أفضل من إتاحة الوقت للأطفال لإعادة حل قضاياهم بأنفسهم.

نحن مُتلهفين للتأكيد على (أنا) الطفل (Child's ego) وذلك لزيادة احترام الذات وتحقيق مشاعره، هذه بإقناعه أنه قادر على الفهم والتغير والتحكم بأفعاله الذاتية، ولاشيء يستطيع أن يتعامل مع تطوير الاتجاهات أكثر من إقناع الفرد بقدرته الذاتية على معرفة دوافعه، ولا شيء يضائلها كالتفكير بقدرة الآخرين على فهم حوافز السلوك الداخلي أفضل واسرع من الشخص نفسه".

لذلك فتعليم الأطفال كيف يفهمون مشاعرهم وسلوكهم أفضل من أن يحاول أي شخص التعبير بها لذلك أشارت اقتراحات (Bettelheim) بأنه لا أحد غير الشخص نفسه ذو فائدة لذلك يجب علينا أن لا نستخدم اندفاعاتنا أو المعلومات التي تصل من الآباء فعلى سبيل المثال إذا لم يُعلمنا الطفل لا نفكر لمعرفة ماذا يجري ولكن حالما يعلمنا الطفل بذلك نقوم بإستخدام الطريقة المناسبة حتى ولو نسي الطفل لأن تلك المعلومات أصبحت جزءاً من حولنا وأصبحت شائعة وليست أشياء شخصية.

لهذا فإن LSI تشبه إلى حد كبير المقابلة الأكلينيكية، حيث يتم استخدام العديد من

المهارات والتعامل مع نفس السياق إلا أنه يوجد اختلاف هام هو إشتراك LSI مع الخبرات الصفية المحددة، ويركز المعلم في LSI على أشكال السلوك والانفعالات والأحداث التي يتم مشاهدتها بالصف في الوقت الذي يوجد فيه المعلم والطالب بنفس الوقت، ويتغير العلاج من تشجيع الطفل الى انعكاسها على العلاقة في البيت، ومن الأحداث والمشاعر السابقة التي لها معنى في استنباط دليل التضارب مع العمل وكلاً من المعلم والمُعالِج يساعدان الطفل للعمل على حل مشكلاته ويعتبر LSI تدخلاً فاعلاً حيث يعمل على خفض السلوكات غير التكيفية بشكل كبير وبنسب تتراوح ما بين (70% - 30%).

تدريب على فاعلية المعلم Teacher effectiveness Training

إقترح (Cordon, 1975) طريقة أخرى لادارة نقاش المشكلات في الصف وأُطلق على هذه الطريقة اسلوب عدم الفقدان (No-Lose Method) وتعمل هذه الطريقة من خلال المتناقضات من البداية وحتى النهاية وخطواتها كالتالي :

(A) تحديد المشكلة.

(B) ايجاد البدائل المحتملة.

(C) تقييم الحلول.

(D) تقرير أي الحلول أفضل.

(F) تحديد كيف يمكن للحل أن يعالج المشكلة.

(F) تحديد كيفية عمل القرار.

ويمكن أن تطبق هذه الطريقة بشكل فردي أو بشكل جماعي، ولكن لتطبيق هذه الطريقة فيجب أن يكون المعلم على علاقة جيدة مع الطالب ويمتلك قدرات تواصلية جيدة.

ويعتبر الاستماع مكون مهم للحديث البنائي ووصف (Cordon) شكلين للاستماع السمع السلبي Passive listening والذي يتضمن السمع الصامت، مثل الاستماعات اللفظية وغير اللفظية المعبرة (الابتسامة والمزاج) اضافة للتشجيع اللفظي للاستمرار (مثل هذا ممتع هل تريد الاستمرار)، والسمع النشيط Active Listening التي تتضمن تفسير الرسائل المشفرة ومحاولة اعطاء تغذية راجعة .

ويقدم Gordan مثالاً على الاستماع النشيط بشكوى طالب "هذه المدرسة غير مناسبة لي مثل المدرسة السابقة، فهناك الطالب ودودين" يفترض المعلم هنا أن الطفل يترك وحيداً

لذلك فاستجابة المعلم "أنت تشعر بالوحدة هنا": واستجابة المعلم تؤكد أن ما سمعه صحيح ويبدأ بحل معاناة الطفل وهذه قريبة من توجيهه Morris بأن لا يكون المعلمون مدافعين باتجاه معاكس كأن يقول المعلم "لماذا، هذه مدرسة عظيمة، الاطفال هنا ودودين".

ويشدد Corden على أهمية تحديد الشخص الذي يعاني من المشكلة، عندما يكون المعلم مُرشد يتكلم ويساعد الطالب على التعامل مع المشكلة باستخدام الاستماع والنشط ويوصي Corden بأنه إذا كان المعلم هو الذي يعاني من المشكلة أن يُعامل الطلبة باستراتيجية أنا أرسل (I-message) .

وتتكون استراتيجية (I-message) من 3 أجزاء: وصف سبب المشكلة، وصف تأثيرها على السلوك، تحديد المشاعر الناتجة ومثال على ذلك عدم وضع مواد الفن بعد استخدامها من الطلبة في المكان الصحيح يُزعج المعلم خصوصاً عندما يكون جائع".

ووفقاً لـ (Cordon) فاستراتيجية (I-message) تساعد على الاحتفاظ بالمشكلة لمن تخصه وعدم نقلها للطفل، وجعله في موقف دفاعي، ويساعد ذلك على أن يسمع الطفل المشكلة ويناقشها بشكل منطقي، ويستطيع المعلم بهذه الطريقة أن يستبط مشاعر الطلبة وعند ذلك يستمع المعلم بشكل نشط.

وقدم (Cordan, 1975) (I2) نصيحة للتواصل الفعال سماها "Dirty Dozen" و(I2) نوع من الرسائل التي تعيق التواصل الثنائي وهذه النصائح هي :

1 - التوجيهات، التوصيات، الأوامر مثال "توقف عن التذمّر وأكمل عملك".

2 - التحذيرات والتهديدات مثال : "سوف تلعب بالكرة جيداً إذا توقعت الحصول على درجة مرتفعة في الصف".

3 - التفسير، الأخلاق والوعظ باستخدام كلمات (Should, Ought) مثال : أنت تعرف أنه من واجبك الدراسة عندما تأتي الى المدرسة لذلك يجب أن تترك مشاكلك الشخصية في البيت.

4 - الحلول بشكل اقتراحات ونصائح مثال: "الشيء الذي يجب أن تعلمه تنظيم جدول زمني أفضل عندها ستكون قادراً على إنهاء جميع الاعمال".

5 - التعلم واعطاء المحاضرات، اعطاء المناقشات المنطقية مثال: "دعونا ننظر الى الحقائق هناك فقط 34 يوماً درسياً فقط لإنهاء التعيين".

6 - إصدار الاحكام، الانتقادات، عدم الموافقة، الاتهامات مثال "أنت كسول" وانت مماطل بشكل كبير.

7 - مناداة الاسم "النمطية، الوصم : مثال "قراءتك كطلاب الصف الرابع وليس بمستوى المدرسة الثانوية".

8 - التفسير، التحليل، التشخيص، مثال : "أنت فقط تحاول أن تتهرب من إنجاز التعيين".

9 - المكافأة، الموافقة، اعطاء التقييم الايجابي مثال : "حقيقة أنت منافس عظيم".

10 - الدعم، المواساة، التعاطف، اعادة الطمأنينة مثال : "ليس لوحدك الذي تشعر بأن التعيين صعب".

11 - التساؤلات "Cross-examining, interogating, probing"؟ هل تشعر بأن التعيين صعب جداً، كم من الوقت أمضيت فيه؟ لماذا انتظرت طويلاً حتى تطلب المساعدة.

12 - الدعابة، السخرية، الانسحاب، مثال: "تعال هنا، دعنا نتحدث عن شيء أكثر منفعة". (Apter, 1982).

تصميم الغرفة الصفية للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً

سوف نناقش التصميم الأساسي لغرفة الصف من اجل تحقيق النجاح، حيث انه عندما تطور برنامج تعليمي أو تصميم صفي للطلاب المضطربين سلوكياً وإنفعالياً يجب الاهتمام بعاملين رئيسين هما:

اولاً - الجو الدراسي المرجو تحقيقه.

ثانياً - الإجراءات التي تشتمل على الترتيبات والأثاث والنشاطات والبرنامج.

حيث ان العامل الأول يتكون من متغيّرات مثل المشاعر والمواقف عند الطلاب والمدرسين بينما العامل الثاني محسوس ومادي وذلك عن طريق قوائم وبيانات وإرشادات ورسومات.

والسؤال المهم هنا، كيف نخلق بيئة تعليمية إيجابية بين الأطفال والمعلمين؟ نستطيع الإجابة على هذا السؤال عن طريق اخذ الأمور التالية بعين الاعتبار.

عوامل يجب أخذها بعين الاعتبار لخلق بيئة تعليميّة إيجابية بين الأطفال والمعلمين.

1- كل طفل يستطيع التعلم.

2- إعطاء الفرصة للطفل لكي يتعلم.

3- لا تسأل فيما إذا كان الطفل مستعداً للتعلم بل اسأل فيما إذا كانت الغرفة الصفية جاهزة للتعلّم.

4- يجب تعليم كم قليل من المادة وان توضع أهداف محدودة لما يراد تعلمه.

5- يجب التفكير بطريقة التسلسل المنطقي في التعلم حيث يجب اتباع طريقة (الخطوة خطوة) في تعليم الطفل.

6- يجب اخذ المحيط أو الوسط التعليمي بعين الاعتبار.

7- يجب أن لا تجعل الأطفال يتعلمون لفترة طويلة ويجب أن تعلمهم في المكان المناسب.

8- عليك كمعلم أن تكون مرناً وسريعاً في الرد وبالطريقة التي تناسب الموقف لدى الطفل.

9- يجب أن تجعل الطفل يشعر بأن ما يتعلمه له قيمة وأن البرنامج التعليمي له وزن.

10- تأكد أن العقاب هو إجراء فيه مغامرة بالرغم من أنه قد يكون فعالاً أحياناً ولكن لا تلجأ له إلا عند إنعدام الوسائل الإيجابية وكذلك التوقّف عن تقديم المكافآت هي من الأشياء السلبية التي قد تستخدم في داخل الغرفة الصفية. (O'Leary, et.al, 1979)

الإجراءات الصفية العامة:

في هذا الجزء من الفصل سوف نستعمل الفكرة الثلاثية للتعلّم والمكونة من المنهاج والظروف والنتائج، من اجل مناقشة الإجراءات الصفية العامة.

أولاً - المنهاج:

المنهاج هو الإطار المستعمل في اختيار الواجبات المنهجية ويتكون من ستة مستويات للتعلم للوصول الى القدرة أو الكفاءة وهي الإنتباه والإستجابة والنظام والتعلّم بالاكتشاف والتعلم الاجتماعي والتفوّق ولكن يجب أن نسأل كيف يتم التصميم الصفي لكي يناسب هذه المستويات.

فمثلاً بالنسبة للغرفة الصفية في المرحلة الإعدادية يجب أن تشتمل على ما يلي:

1 - قسم الإتقان حيث يتكون هذا القسم من مساحة جيّدة لمقاعد الطلاب ومحطة للتعليم ومقعدين دراسيين والواجبات الدراسية تُعمل في هذا المركز.

2 - وتنمي المهارة الاجتماعية في مركز الاتصالات حيث يتعاون طفلين أو اكثر في مهام مشتركة.

3 - اما المركز الإستكشافي فإنه يقدم نشاطات علمية وفنية.

4 - واجبات قسم النظام تركز على الانتباه والاستجابة والإرشادات.

5 - بعد المقاعد عن بعضها البعض، حيث أن الطفل يكون بعيد عن الطفل الآخر وللطالب مساحة كبيرة يعمل بها، وهذا يعطي المجال للمعلم لكي يجلس بجانب الطفل لمتابعته.

لذلك يكون عدد الطلاب (12) طالب في حين يمكن تعليم (18) طالب في برنامج غرفة المصادر ومساعدة المعلم للطفل مهمة وكذلك المساعدة من الآخرين مثل أولياء الأمور وطلاب من مراحل أعلى حيث أنه بوجود مساعدة من اكثر من فرد في غرفة الصف تجعل الفرصة للطفل اكبر في تلقي إجابات أسرع على أسئلته وهذا بدوره سوف يقلل من الإحباط والقدرة على عدم التكيف.

وفي مراكز التفوق هناك مقعدين للدراسة مخصصة للطلاب الذين لا ينتبهون أحياناً حيث تسلط عليهم الأنظار فيصبح لديهم الدافع للمشاركة فلا تصبح جلساتهم رتيبة أو مملة أما مركز التواصل فإنه يبرز نشاطات والعاب تساعد الطفل على انتظار دوره وهذه الألعاب معتمدة على المهارة والحظ، وهناك أداة التسجيل وهي جزء من مهمة الاستماع حيث يستمع طالب أو اثنين الى قصة أو موسيقى مسجلة عن طريق سماعات الاذن، وهذه

النشاطات تزيد من قدرة الطفل الاجتماعية ويقدم المركز الاستكشافي نشاطات علمية وفنية حيث تتوافر المواد المستخدمة في الفن والعلوم من رسم وتجارب علمية واستخدام مجاهر وراديو ومجلات لمتابعة برامج عالمية، كذلك يمكن عمل حديقة مدرسية لتعليم الأطفال الزراعة لإكتشاف أمور كثيرة.

هناك نشاط استكشافي علمي ممتع يمكن عمله مع الطلاب في الصفوف الإعدادية والثانوية وهو عمل محطة لمراقبة تغيرات الطقس حيث توجد أدوات تجارية رخيصة لقياس سرعة الريح، كما يمكن الحصول على أجهزة قياس للحرارة والرطوبة من المخازن العلمية وهناك نشاط لعمل حاضنات لتفقيس البيض وبأسعار بسيطة تجارياً ويقوم الأطفال في مراقبة درجات الحرارة واخذ قراءات دورية للحرارة داخل الحاضنة ومعرفة الوقت للتفقيس، كما يمكن للمعلم أن يقوم بتصميم لوحة ذات قسمين قسم بعنوان طائر اليوم وقسم عنوانه حيوان اليوم وفي كل يوم توضع صورة لحيوان أو لطائر. كما يطلب من الطلاب تعريف هذا الرسم والحديث عنه: وكذلك هناك نشاط وهو الكتابة باستخدام الحبر السري، اما بالنسبة لمركز النظام وهو المساحة المحددة في الصف ويشتمل على طاولتين وخزانة في زاوية الغرفة وتوضع هناك حتى لا تتشتت انتباهات الطلاب الذين يعملون في مركز التفوق والهدف من هذا الجزء هو تزويد الأطفال بنشاطات تؤكد على المشاركة النشيطة في اتباع التعليمات وإكمال المهام.

ويلعب الأطفال في قسم الألغاز حيث يركبون أشياء مع بعضها البعض ويلعبون هذه الألعاب مشتركين أو فرادى كما في تركيب أجزاء صورة لكي يصلوا الى شخصية الصورة.

وقد وجد أن الحركة الجسدية يمكن أن تزيد في ذكاء الأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً وطريقة تفكيرهم وهناك تشابه في مركز الاتصال بين الإعدادي والثانوي وأعمار الطلاب والاهتمام والألعاب المناسبة، والمواد المسجلة يجب أن تناسب المراهقين ونفس المبدأ ينطبق على المركزين الأخيرين.

اما المشاريع العلمية والفنية في المركز الاستكشافي فإنها توجه لتناسب اهتمام مستوى الطالب الثانوي (Wallace & Kauffman, 1986).

ثانياً - الظروف:

لكي نبقي الظروف المتاحة مناسبة وناجحة حيث يتكيف الطفل مع بيئة التعلم فإننا نحتاج إلى الكثير من المرونة، فماذا نفعل؟ على سبيل المثال عندما ينزعج الطفل من واجب محدد أو من المعلم أو من طفل اخر، فيجب تغيير الظروف التي لها علاقة بالزمن والمكان

والكيفية، كذلك الظروف المهمة التي يمكن أن تؤخذ بعين الاعتبار وقد يشتمل ذلك المنهاج.

وكل هذه الظروف متغيرة ويمكن أن تساعد بشكل فعّال على الانسجام بين الطفل وبيئة التعلم ولتوضيح ذلك ابتكرنا تسعة أساليب مؤثرة تشمل الحركة من أعلى مستوى في التعليم الى أدنى مستوى مع تغير في الظروف داخل ما تسمى (المثلث التعليمي) .

ولكي نتوقع ان يصبح الطلاب او الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً طلاباً جيدين في الصف يجب أن نؤكد على ما يلي:

1 - إحترام حقوق الأطفال في العمل.

2 - إحترام كل ما يتعلق بالوقت ومكان العمل ومهمات العمل.

3 - إحترام قوانين الغرفة الصفية بحيث أن الطفل يتصرف كطالب جيد طيلة اليوم.

وهنا سوف نناقش هذه الأساليب المؤثرة واحداً واحداً ففي الواقع قد يستخدم المعلم أُسلوباً واحداً في كل مرة او قد يستخدم ما يراه مناسباً للطفل في وقت معين وقد يستعمل هذه الأساليب بترتيب معين.

والوسائل السبعة الأولى تعتبر وسائل للأطفال الذين يتصرّفون كطلاب عاديين حيث أنها تشتمل على الاستمرار في اكتساب العلامات الإرشادية طيلة الوقت اما الوسيلة الثامنة والتاسعة فهي وسائل الأطفال الذين لا يتمكنون من الحصول على علامات إرشادية. وهم الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعالياً.

الوسائل الطلابية:

1 - إرسال الطفل إلى مقعد الإتقان وتتضمن الوسيلة الأولى إرسال الطفل الى العمل في مهمة أتقان محددة في أحد مقاعد الدراسة وهذه المقاعد إيجابية إذا استخدمت بطريقة صحيحة، حيث يستطيع الطفل الإنتقال من مكان الى آخر لكي لا يشعر بالملل.

2 - تعديل الواجب في مستوى الإتقان والوسيلة الثانية هي تغيير مهمة مستوى التفوق بحيث تصبح مهمة أسهل أو ربما أصعب، المهم أن يبذل الطفل جهداً في عمل هذه المهمة أو هذا الواجب، ولكن يجب تمهيد الظروف له لكي يستطيع عمل هذا الواجب.

3 - إعادة صياغة الإنشاء الشفوي (المستوى الاجتماعي) حيث أنه عندما تكون الوسائل الموصوفة غير ناجحة او غير ملائمة يجب استعمال المستوى الاجتماعي وهذه الوسيلة تشمل إعادة الصياغة الشفوية من جانب المعلم لتناسب الطالب إن كان رافضاً أو

موافقاً كما يجب تذكير الطفل بتوقعات المعلم حول المهمة المعطاة وحول السلوك المطلوب. كما أن العلاقة بين الطفل والمعلم قد تكون ذات أهمية.

4 - إرسال الطالب الى المركز الاستكشافي حيث إنه بهذه الوسيلة يعيّن للطفل واجب آخر في الغرفة، المعلم يختار مهمة واضحة سلفاً وقد تكون هذه المهمة علمية أو فنية أو يدوية وتتوافر المواد اللازمة للقيام بهذا النشاط كما يجب إفهام الطفل ماذا يجب أن يفعل والمعلم هو الذي يختار النشاط في المركز الاستكشافي.

5 - إرسال الطفل الى مركز النظام حيث أن هذا المركز يشتمل على درجة عالية من التحفيز بالرغم من عدم مناسبته لبعض الأطفال أحياناً فهذا الطفل يعطي مهمة إتباع الإرشادات: مثل حل لغز أو تصميم للوحة أو وضع الخرز في خيط، أو فك لغز رقم سري باستخدام مفتاح معين للحل، وتركيب نموذج بلاستيكي.

6 - إرسال الطفل خارج غرفة الصف والموافقة على المهمة (مستوى الإستجابة) حيث أنه من اجل التواصل مع الطفل يجب أن تتم المهمة خارج الصف بحيث يخرج الطالب والمعلم خارج الصف ويتفقان على واجب معين يقوم به الطفل مثل حركة بهلوانية في الساحة أو التأرجح على محور لمدة ١٥ دقيقة أو لكم جراب الملاكمة أو حتى الاستراحة في غرفة الممرضة لفترة من الوقت وهنا يستطيع المعلم أن يبحث عن الطريقة التي تناسب الطفل.

7 - تزويد الطفل بمحاضرة فردية (مستوى الأنتباه) هذه الوسيلة تنفق مع أدنى مستوى من تعلم الكفاءة ويشتمل ذلك على استغلال المعلم لكل الوقت في التلقين وينبغي للمحاضرة الفردية أن لا تأخذ وقتاً طويلاً لأن الطالب يحتاج الى زملائه ولكنها أحد الوسائل التي قد تقدم المساعدة للطفل (Clarizio & George, 1980).

أما الوسائل المؤثرة في الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً فهي :

8 - إرسال الطالب خارج غرفة الصف لفترة محدودة.

9 - إرسال الطالب إلى البيت.

الوسائل السبعة الأولى إيجابية في طبيعتها والفكرة هي استخدام مصادر الغرفة الصفية بالطريقة الممكنة لإعادة الطفل الى مسار التعلم.

وهناك سؤال له علاقة بهذه الوسائل وهو "ماذا بشأن الأطفال الذين يكافئون بمهمات الاستكشاف والنظام ويحاولون إثارة المشاكل في الصف لكي يعطوا مهمات جذابة اكثر، ألا

تساعد المكافأة هنا على إثارة السلوك السيئ؟ حسب النموذج الذي صممه (أيلون وهوغتون) فالإجابة هي نعم، ولكن حسب تقديرات (جونز وبيتر) فإن الأمر يستحق ذلك حيث أنه لا بد من وجود ثمن إذا كان الهدف هو جعل الطالب يتقدم في مسار التعليم لكي يصبح طفلاً ناجحاً.

لذلك تصميم الصف قد يساعد في التقليل من النشاطات السلبية وهذا يؤكد الحقيقة القائلة أنه يجب تعديل السلوك لكي يصبح سلوكاً نافعاً في الحقيقة فإن المشاكل الناتجة قليلة والقلائل من الأطفال هم الذين يصرّون على الملاحظة والمحاولة في جعل المعلم يقوم بإعطائهم نشاط آخر وفي هذه الحالة يجب إخراج الطالب من الصف فوراً وهذه نتيجة سلبية، معظم الطلاب يدركون بأن الصف صمم بهذه الطريقة لمساعدتهم لذلك يتصرفون باسترخاء وهناك طلاب آخرين يرغبون بتعلم القراءة والحساب ومهارات أخرى لذلك يجب استغلال هذه النقطة بشكل إيجابي.

ماذا نفعل لو ثبت أن السبعة وسائل الأولى لم تكن مناسبة أو لم يكن أي اسلوب منها فعال؟ هنا يجب أن نلجأ الى الأساليب ذات العلاقة بالأطفال المضطربين والمقصود يجب أن لا يبقى الطالب في الصف لأنه لم يعد طالباً مهذباً حيث يمكن أن يكون طرد الطالب خارج الصف أسلوباً فعالاً خاصة إذا كان وجوده خارج الصف له نتائج إيجابية تؤثر عليه لذلك على المعلم أن يجعل من حصته برنامجاً ممتعاً وذو جذب وذلك لتنوع الأنشطة المسلية لأن النجاح يؤدي الى الراحة.

الأمور الواجب مراعاتها عند استخدام أسلوب إخراج الطالب المضطرب سلوكياً وانفعالياً من الصف.

إن اسوأ شيء يمكن أن يحدث للطفل هو عدم وجوده داخل الصف لأنه سوف يخسر الكثير من المعلومات ولكن عند اتباع أسلوب الإخراج من الصف يجب اخذ الأمور التالية بعين الاعتبار:

1 - يتم إخراج الطفل من الصف بعد أن يتجاوز في سلوكه السيء حدوداً وضعت سلفاً.

2 - عند خروج الطالب على المعلم أن يسيطر على حالته الإنفعالية ومشاعره فلا داعي للغضب.

3 - على المعلم أن يوحي للطفل بأن الاخراج هو وسيلة تمت لمصلحته وهي وسيلة بنائية اكثر من كونها وسيلة عقاب.

4 - يجب أن يحدد للطفل مدة الإخراج كأن يقول المعلم للطالب "اخرج لمدة خمس دقائق".

5 - عند عودة الطفل الى الصف لا يجب على المعلم إلقاء محاضرة عليه ويطلب منه أن يكون مهذباً اكثر في المرة القادمة؟

6 - عند عودة الطفل يجب إعطائه واجباً يثير اهتمامه.

بعض المعلمين يقولون أن هذه الاقتراحات جيدة، ولكن ماذا نفعل لو رفض الطفل الخروج من الصف؟ من النادر أن يعارض الطفل الخروج ولكن لو حدث وعارض الخروج فعلى المعلم أن يستدعي المدير أو المسؤول المباشر لكي يأتي ويُخرج الطفل بنفسه ولكن بعض المعلمين يجبرون الطالب الرافض للخروج أمام زملائه مما يؤدي الى إحداث تأثيرات جانبية غير مرغوبة.

عندما تكون المشكلة كبيرة والإخراج من الصف لا يفيد يجب إرسال الطفل للبيت وقد يسبب إرساله للبيت مشكلة بالنسبة للوالدين العاملين واللذين لا يعرفان كيف يوجهان طفلهما ولكن عندما يكون هذا هو البديل الوحيد فيجب إبقاء الطفل في المكتب طيلة النهار وعند إخراج الطفل يجب اخذ الأمور التالية بعين الاعتبار:

1 - إخبار الوالدين بعدم معاقبة الطفل.

2 - التوصية للوالدين بعدم معاقبة الطفل.

3 - في حالة عدم وجود الوالدين في البيت بسبب العمل يجب الاتصال بقريب للقدوم لأخذ الطفل.

4 - إذا كان الطفل من النوع الذي يثير المشاكل يجب الاتفاق مع الوالدين على خطة بحيث يرسل الطفل الى البيت عندما يكون الوالدين هناك.

ومما يحدر ذكره أن اخراج الطفل بطريقة قاسية قد يكون له تأثيرات جانبية. (Knablock, 1983)

ثالثاً - النتائج :

الجزء الثالث هو النتائج والتي تتحدد عن طريق نظام العلامات الإشارية، حيث أن نظام العلامات الحالي هو امتداد لنظام كان سابقاً مستعملاً في الغرف الصفية والهدف منه كان إعطاء المكافأة المناسبة لكل الطلاب مقابل جهودهم وخلق نظام متميز له نتائج فورية مناسبة لطبيعة الغرفة الصفية. في هذا النظام يدخل الطفل الغرفة الصفية صباحاً

ويأخذ بطاقة من لوحة البطاقات وهذه البطاقة تحدد مدى إنجاز الطلبة وخانات هذه البطاقة بجب ن تملئ حسب إنجازات الطفل، حيث يعطى الطفل علامات إشارية (علامات على شكل إشارات) تعكس إنجازاته في المهام المعطاة له.

وعند امتلاء البطاقة بالإشارات يمكن استبدال البطاقة بمكافأة الأساسي، لإيصال العلامات الإشارية ممثل على حامل بطاقات (سجل المعلم) عادة تعطى 10 علامات من قبل المعلم أو ينوب عنه بعد كل عمل مدته 15 دقيقة في الصف.

عند إعطاء العلامات يستطيع المعلم أو من يساعده أن يحدد لماذا الطفل لا يأخذ 10 من 10 والعلامات الإشارية يجب أن تعكس فعلاً ما تعلمه الطالب.

حيث تستخدم العلامات الإشارية لتحديد مدى تحقق الأهداف المرجوة. على سبيل المثال لو كان المطلوب من الطالب المشاركة في نقاش في مجموعات فيمكن للمعلم إعطاء علامة إشارية للطالب إذا شارك وتوضع في سجل علاماته.

دور المعلم في هذه الطريقة قد يكون متميز قد يستخدم الكلمات ولكن بشكل قليل وقد يتحدد الاتصال الشفوي مع الأطفال عن طريق محادثة بين الطفل والمعلم أثناء تصحيح الواجب واعطاء العلامة وتحديد الواجب خلال الخمسة دقائق.

الكلام الزائد هو أحد السلبيات البارزة في الغرف الصفية والتي تؤثر على التعليم سلباً وإزالة هذه السلبيّة قد تجعل البيئة التعليمية في الصف مناسبة ولكن كمية الحديث في الصف يتحدد بشخصية المعلم وبنوعية الطلاب.

في التصميم الصفي المطروح يحاول المعلم أن يبني علاقة عمل مع كل طفل. وجزء من عمل المعلم وضع العلامات الإشارية التي حصل عليها الطالب مقابل إنجازاته. في هذا المجال قد يصور المعلم على أنه شريك في العمل يقدم المكافأة للعاملين لقاء إنجازاتهم اما في الغرفة الصفية التي ألغي استعمال العلامات الإشارية وبشكل فجائي وأعيد استخدام النظام القديم حيث يقوم المعلم بمدح الطالب المنتبه لوحظ تغيّر ملحوظ في مستوى تعاون وفعالية الطلاب. وما نسعى له هو أن النجاح يجب أن يكون مضمون من خلال تعيين واجبات يحتاجها الأطفال من أجل تعليمها ويتم ذلك عن طريق التزويد بنتائج عادلة ومنتظمة وترتبط بإنجازاتهم وهذا هو أعظم تعبير عن حب المعلم للأطفال في الغرفة الصفية. بالرغم من الروتين الظاهر في تسجيل العلامات الإشارية على البطاقة فإن معظم المعلمين الذين استفادوا من هذا النظام كانوا ودودين وجيدين في سلوكهم بالرغم من أن

التعبير عن المواقف لا يتم شفوياً ولكن استخدام نظام العلامات الإشارية على البطاقات يمكن أن يعزز المميزات التعليمية الجيدة عن طريق بناء علاقات جيدة مع الأطفال وعن طريق تقييم مستمر لتقدم الطفل.

يجب التأكيد هنا أن البرنامج يمكن أن يكون فاعلاً فقط اذا كان المعلم مؤمناً به ونجاح البرنامج يعتمد على جدية البرنامج فقد لوحظ وجود معلمين يقولون للأطفال بطريقة ميكانيكية رتيبة وبسرعة "حصلت على خمسة علامات للعمل وخمسة على كونك طالباً مهذباً" وهو يجعل الطريقة مملة، إذاً العلامات يجب أن تعطى شخصياً بعد المقابلة بين المعلم والطفل ويجب أن تكون المحادثة بين المعلم والطفل الذي يحب التواصل الاجتماعي قصيرة ويجب أن يعرف أن العلامات الإشارية على البطاقة هي شيء عظيم بالنسبة للمعلم، هنا يفهم الطفل أهمية العلامات ويبدأ التفكير لماذا لا يحصل على علامة كاملة فالأطفال لديهم سرعة بديهة وهم يلاحظون مدى جدية المعلم في إعطاء العلامات الإشارية وعلى هذا الأساس هم يتصرفون.

في مدارس كاليفورنيا في سانتا مونيكا حيث طور هذا التصميم الصفي وكان يستعمل إجراء خاص لتقديم البرنامج للأطفال في اليوم الأول قام المعلم بتحية الأطفال خارج الغرفة الصفية ثم اصطف الطلاب حيث أعطي لكل واحد منهم بطاقة لتسجيل العمل وكان اسم الطفل أو الطفلة مسجل على البطاقة وبدون أي توضيح سابق أُخبر الأطفال بأن هذا الصف سوف يكون مختلفاً عن أي صف آخر ثم يطلب المعلم من الأطفال الدخول الى الصف ليجلسوا في مقاعدهم والتي سجلت أسماءهم عليها وفي الحال يتجول المعلم بينهم ويعطى كل واحد منهم عشرة علامات وخمسة علامات لأنكم جئتم في الوقت المحدد وخمسة علامات لأن كل واحد وجد مقعده واصبح جاهزاً للبدء بالعمل، بالإضافة الى ذلك يمكن أن يوضع صندوق الحلوى في أعلى العلامات الإشارية على البطاقة للربط بين العلامة والمكافأة.

وقد تظهر أسئلة بالنسبة للحلوى فقد يقال بأن بعض الأطفال لديهم مشاكل في الأسنان أو الذين لديهم حساسية ضد الشكولاته أو الذين يعانون من السكري، في هذه الحالة قد نغير الحلوى وتستعمل بذور عباد الشمس أو البشار (بوب كورن) وغيرها.

في أول ساعتين من اليوم الأول وجد بعض المعلمين أنه من الأجدى وضع علبة الحلوى فوق مكان البطاقات.

بعد ذلك يتم إخبار الأطفال بأن بطاقة العلامات الإشارية قيّمة ولكن لن يحصلوا على أي حلوى ألا حتى يملأوا بطاقاتهم بالعلامات الإشارية وفي الحالتين يقدم للأطفال ما هو مناسب لهم.

في برنامج مونيكا سانتا قد يقوم الأطفال بتبديل بطاقات سجل العمل المتكامل عندما يمتلئ وقد وجد المعلمين أن بعض الأطفال أصابهم إشباع من الحلوى واصبحوا يفضلون فترة حرة لمدة 20 دقيقة خلالها يستطيع الأطفال إختيار أصدقاء من اجل القيام باللعب.

إذا اختار الطفل فترة حرة يعطى بطاقة نشاط حيث أنه عندما يبدأ الطفل بالنشاط يحدد وقت نهاية العشرين دقيقة وهي فترة نشاط باستعمال الساعة.

وهناك فترة أخذ الفرصة والتي تسمح للطفل بالوصول الى الصندوق لكي يسحب بطاقة مكتوب عليها امتياز خاص يستحقه الطفل، مثال: لتكن الأول في الطابور من أجل أخذ عطلة مدتها يومين أو أذهب الى البيت مبكراً خمسة دقائق أو لتكن مراقباً للكرة لمدة يومين إضافة الى ذلك قد يكتب المعلم ملاحظة الى الوالدين ليهنئهم بابنهم وهنا ينجح البرنامج (برنامج التبادل) إذا كان إيمان المعلم كبيراً ويستطيع الطفل أن يحتفظ بالبطاقة مع الامتياز عليها على مقعده لوقت محدد وسيريها للمعلم للتذكير بهذا الامتياز ويعطى الطفل أو الطفلة المكافأة باستدعائه إمام طابور الأطفال.

وفي زيارة غرفة صفية سمح المعلم لكل طفل يتسوق من خمسة طاولات مغطاة بمواد مناسبة للبطاقة الأولى والثانية والثالثة. ولكن بعض الآباء عارضوا الفكرة لأنها تؤدي بالأطفال الى إحضار العاب مكلفة يعرضونها بفخر أمام إخوانهم أو أخواتهم مما يحدث فوضى.

وقد ولوحظ بعض الأطفال الذين يملكون مالاً كافياً في جيوبهم والقادرين على أن يشتروا كل ما يستطيع المعلم تقديمه ومع ذلك فقد لوحظ أن هؤلاء الأغنياء يبدون اهتمام ومتعة في الحصول على المادة التي تكلف خمسة سنتات ومن خلال علامات إشارية.

ليس المهم هو ما تعطي الطفل مقابل إنجازه إن كان مال أو مكافأة بل الفكرة الكبرى مراقبة إنجازات الأطفال بطريقة منتظمة واصبح الأطفال يدركون بأن عليهم تحقيق نتائج معينة.

لقد أثبت نظام العلامات الإشارية بأنه نظام فعال خاصة عندما تحدث مشكلة ويكون الهدف جلب انتباه الطلاب بعيداً عن هذه المشكلة ولكن في أحد البرامج التي طبق فيها

نظام العلامات الإشارية كان الأطفال المراهقين عدوانيين تجاه المعلمين حيث أنه ما يكاد المعلم يقول "أنا أعطيك ثلاثة من خمسة ... بسبب... حتى يأخذ الطفل البطاقة ويمزقها وأحياناً يقلب مقعده واحياناً أخرى يندفع خارج الصف وكانت العودة الى نظام العلامات الإشارية تبدو تحدياً بين الأطفال والمعلم وفي المحاولة للإبقاء على نظام العلامات الإشارية على البطاقة (والذي أحبه الأطفال) يجب على المعلم أن يضع خطة مميزة، فبدلاً من استعادة البطاقة يقول للطفل" لأنك لم تأتي الى الصف في الوقت المحدد سأضيف الى بطاقتك ثلاثة خانات وعليك أن تملأها قبل أن تستبدل بطاقتك "لم تظهر أي ردة فعل سلبية من الصف لقد نجح الأمر وكان مستساغاً من قبل الأولاد من الناحية الفنية بالرغم من أنه نوع من العقاب. (Clazario & George, 1980) (Walher &Shea, 1980)

مراجع الفصل السابع

- Apter, J. s., (1982). **Troubled Children, Troubled System**, New york: Pergamon Press.
- Knablock, Peter, (1983). **Teaching Emotional disturbed children**, Boston: Houghton Mifflin.
- Millman, Howard. L, (1981). **Therapies for School behavior problems**, San Francisco: Jossey - Bass.
- O'leary, Dannial, K. et. al, (1977). **Classroom Management** (2nd. ed), Pergamon - Press.
- Paul, J & Epanchin, C. (1992) **Emotional disturbance In children. Theories & Methods for teachers**, Colombus: Merril Publishing Company.
- Steven, J, Apter & Conoly, J, (1984). **Children Behavior Disorders And Emotional Disturbance: An Introduction to teach troubled children**, Englewood cliffs: Prentic hall
- Wallace. G, and Kauffman, J., (1986). **Teaching students with Learning and Behavior problems.**
- Walker. J. & Shea, (1980). **Behavior Modification**, St. Louis. C. V. mosby.



BEHAVIORAL AND EMOTIONAL DISORDERS

الدكتور
مصطفى نوري القمش

الدكتور
خليل عبد الرحمن المعايطة

